

Université de Montréal

**Victimisation en contexte de délinquance, psychopathie et santé mentale chez les jeunes
contrevenants**

par Anne-Marie Ducharme

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en criminologie

mai, 2018

© Anne-Marie Ducharme, 2018

Résumé

Contexte. Les jeunes contrevenants présentent des taux de troubles de santé mentale et d'expériences potentiellement traumatiques élevés lorsque comparés à la population non contrevenante. Alors que l'association entre les événements potentiellement traumatiques (EPT) vécus durant l'enfance, tels que les abus et la négligence, et les troubles de santé mentale à l'adolescence et au début de l'âge adulte est déjà bien documentée, il en est autrement pour ce qui est de l'association entre les EPT vécus dans un contexte de délinquance et les troubles de santé mentale. De plus, il n'existe pas encore de consensus sur la façon dont les caractéristiques individuelles, telles que la personnalité psychopathique, sont susceptibles de modérer ces associations.

Objectif. L'objectif général du présent mémoire est de documenter la relation entre le vécu d'EPT en contexte de délinquance et les symptômes de troubles de santé mentale chez les jeunes contrevenants et d'y tester l'effet potentiellement modérateur de la personnalité psychopathique et de ses dimensions.

Méthodologie. Les symptômes de troubles de santé mentale ont été évalués à l'aide de l'outil de dépistage MAYSI-2 (Grisso, Barnum, Fletcher, Cauffman et Peuschold, 2001). Les troubles étudiés concernent la consommation d'alcool-drogues, la colère-irritabilité, la dépression-anxiété ainsi que les pensées suicidaires. La psychopathie a quant à elle été mesurée à l'aide d'un outil autorévélateur, le *Self Report Psychopathy III- version courte* (SRP-III-SF) (Paulhus, Neumann et Hare, sous presse). Les analyses ont été effectuées auprès d'un échantillon de 200 jeunes contrevenants âgés de 14 à 25 ans, dont 54 provenaient d'un centre de détention pour adulte et 146 provenaient d'un centre jeunesse.

Résultats. Les analyses de régressions indiquent que les EPT en contexte de délinquance permettent d'expliquer une part de la variance de la colère-irritabilité, de la dépression-anxiété et des pensées suicidaires et tendent à confirmer que la victimisation en contexte de délinquance (VCD) peut être considérée comme un EPT. De plus, seules les dimensions affective et style de vie de la psychopathie ont produit un effet d'interaction significatif avec la VCD en relation avec les symptômes de dépression-anxiété et des pensées suicidaires. Plus précisément, les

résultats indiquent que les jeunes contrevenants présentant des scores plus élevés à ces dimensions seraient affectés plus fortement par l'expérience de VCD au niveau des symptômes de troubles de santé mentale. Ces résultats ont des implications au niveau de la pratique, indiquant que certaines caractéristiques individuelles, telles que les traits d'insensibilité émotionnelle rapportés par les jeunes contrevenants seraient parfois signe de détresse psychologique.

Mots-clés : Victimisation, délinquance, psychopathie, santé mentale, jeunes contrevenants

Abstract

Context. Young offenders' rates of mental health disorders and experiences of potentially traumatic events are particularly high when compared to the non-offending population. While the association between potentially traumatic events experienced in childhood, such as abuse and neglect, and mental health problems in adolescence and in early adulthood is already well documented, it is otherwise for the association between potentially traumatic events experienced in the context of delinquency and mental health disorders. There is also no consensus yet on how individual characteristics, such as psychopathic personality, are likely to moderate these associations.

Objective. The general objective of this thesis is to probe the relationship between the experiences of potentially traumatic events in the context of delinquency, in this case victimization, and the mental health disorders symptoms in young offenders and to test the potentially moderating role of the psychopathic personality and its dimensions.

Methodology. The mental health disorders symptoms have been assessed using the MAYSI-2 screening tool (Grisso, Barnum, Fletcher, Carter and Peuschold, 2001), measuring alcohol-drug use, anger-irritability, depression-anxiety and suicidal thoughts. As for the psychopathy, it has been assessed using a self-report measure, the *Self Report Psychopathy III-Short form* (SRP-III-SF) (Paulhus et al., sous presse). Analyses were conducted within a sample of 200 young offenders between the ages of 14 and 25, of whom 54 were from an adult detention centre and 146 were from a youth centre.

Results. Regression analyses indicate that potentially traumatic events in the context of delinquency can explain a part of the variance of anger-irritability, depression-anxiety and suicidal thoughts scores and tend to confirm victimization in context of delinquency as a potentially traumatic event. Thus, only the affective and lifestyle dimensions of psychopathy have produced a significant interaction effect with victimization in context of delinquency in relation to the symptoms of depression-anxiety and suicidal thoughts. Specifically, the results indicate that young offenders' mental health is more strongly affected by the experience of victimization in the context of delinquency on those with higher scores in these psychopathy dimensions. The findings have implications for practice, revealing that some individual

characteristics, such as callous-unemotional traits reported by young offenders, would sometimes be indicative of psychological distress.

Keywords : Victimization, delinquency, psychopathy, mental health, youth offenders

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Liste des sigles	x
Liste des abréviations	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Recension des écrits	2
1.1 Jeunes contrevenants, victimisation et santé mentale.....	2
1.1.1 Les évènements potentiellement traumatiques.....	4
1.2 La personnalité psychopathique	10
1.2.1 Traits associés.....	10
1.2.2 Prévalence	12
1.2.3 La personnalité psychopathique et ses variantes	12
1.2.4 La personnalité psychopathique et la santé mentale	14
1.3 Problématique	18
1.4 Objectifs	21
Chapitre 2 : Méthodologie	22
2.1 Contexte de l'étude et source des données	22
2.1.1 Description de l'échantillon	22
2.2 Opérationnalisation des variables à l'étude	23
2.2.1 Santé mentale.....	23
2.2.2 Victimization en contexte de délinquance.....	24
2.2.3 Psychopathie.....	25

2.2.4 Variables contrôles	26
2.3 Stratégie analytique	28
Chapitre 3 : Résultats	30
3.1 Objectif 1 : Portrait sommaire des symptômes de troubles de santé mentale, de la victimisation vécue en contexte de délinquance et de la présence de traits de personnalité psychopathique chez les jeunes contrevenants	30
3.1.1 Symptômes de troubles de santé mentale.....	30
3.1.2 Victimisation en contexte de délinquance.....	31
3.1.3 La personnalité psychopathique et ses dimensions	33
3.2 Objectif 2 : Documenter les liens entre la victimisation en contexte de délinquance, la psychopathie et la santé mentale.....	34
3.2.1 Santé mentale et victimisation en contexte de délinquance	34
3.2.2 Psychopathie et santé mentale	36
3.2.3 Psychopathie et victimisation en contexte de délinquance	36
3.3 Objectif 3 : Tester l'effet potentiellement modérateur de la psychopathie sur la relation entre la victimisation en contexte de délinquance et les symptômes de troubles de santé mentale.....	38
3.3.1 Consommation d'alcool-drogue	39
3.3.2 Colère-irritabilité	39
3.3.3 Dépression-anxiété.....	43
3.3.4 Pensées suicidaires.....	46
Chapitre 4 : Discussion des résultats.....	51
4.1 Profils des jeunes contrevenants sur les symptômes de troubles de santé mentale et sur la victimisation en contexte de délinquance	51
4.2 Le rôle de la victimisation en contexte de délinquance, de la psychopathie, de la maltraitance durant l'enfance et des paramètres de la délinquance dans l'explication des symptômes de troubles de santé mentale.....	53
Maltraitance vécue durant l'enfance et paramètres de la délinquance	54
Victimisation en contexte de délinquance et psychopathie.....	55
Conclusion	59

Limites de l'étude.....	60
Pour les recherches futures	61
Bibliographie	i
Annexe 1. Questionnaire sur la victimisation en contexte de délinquance	xvii

Liste des tableaux

Tableau I. Statistiques descriptives de l'échantillon	24
Tableau II. Statistiques descriptives des traumatismes vécus durant l'enfance.....	27
Tableau III. Statistiques descriptives des paramètres de la délinquance.....	29
Tableau IV. Statistiques descriptives des scores au MAYSI-2.....	31
Tableau V. Statistiques descriptives de la victimisation en contexte de délinquance.....	32
Tableau VI. Description détaillée des événements de victimisation vécus.	33
Tableau VII. Statistiques descriptives de la psychopathie et de ses dimensions	34
Tableau VIII. Corrélations entre les dimensions de la psychopathie	34
Tableau IX. Corrélations victimisation en contexte de délinquance et symptômes de troubles de santé mentale	35
Tableau X. Comparaison des symptômes de troubles de santé mentale selon le fait de s'être déjà blessé en commettant un délit	36
Tableau XI. Corrélations entre la psychopathie et les Symptômes de troubles de santé mentale.....	37
Tableau XII. Corrélations entre la psychopathie et la victimisation en contexte de délinquance.....	38
Tableau XIII. Corrélations entre les variables contrôles et les variables dépendantes	39
Tableau XIV. Modèles explicatifs de la consommation d'alcool drogue avec effets d'interaction entre la VCD et le score total ainsi que chacune des dimensions de la psychopathie.....	42
Tableau XV. Modèles explicatifs de la colère-irritabilité avec effets d'interaction entre la VCD et le score total ainsi que chacune des dimensions de la psychopathie.....	43
Tableau XVI. Modèles explicatifs de la dépression-anxiété avec effets d'interaction entre la VCD et le score total ainsi que chacune des dimensions de la psychopathie.	45
Tableau XVII. Modèles explicatifs des pensées suicidaires avec effets d'interaction entre la VCD et le score total ainsi que chacune des dimensions de la psychopathie	49

Liste des figures

Figure 1.	Schéma conceptuel de l'effet de modulation de la psychopathie sur la relation entre la victimisation en contexte de délinquance et les symptômes de troubles de santé mentale ..	30
Figure 2.	Représentations graphiques de l'interaction entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et la dimension affective pour expliquer la dépression-anxiété	46
Figure 3.	Représentation graphique de l'interaction entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et la dimension affective pour expliquer les pensées suicidaires	50
Figure 4.	Représentations graphiques de l'interaction entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et la dimension style de vie pour expliquer les pensées suicidaires	51

Liste des sigles

CJM-IU: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

CTQ : Child Trauma Questionnaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPT: Évènement potentiellement traumatique

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA: Loi sur le système de justice pénale pour adolescents

MAYSI-2 : Massachussetts Youth Screening Questionnaire-version 2

PCL-R: Psychopathy Checklist Revised

PCL:SV: Psychopathy Checklist screening version (version courte)

PCL:YV: Psychopathy Checklist youth version (version adolescents)

VCD: Victimisation en contexte de délinquance

SRO-R : Self-Report of offending-Revised

SRP-III-SF : Self Report Psychopathy III- Short Form

Liste des abréviations

Etc. : Et cætera

Ex. : Exemple

*It is difficult to punish people who are like us or our children, but much easier to punish those
we do not understand or with whom we do not empathize.*

-Bernard Schissel

Remerciements

Ce n'aura pas été un parcours facile que de terminer ce mémoire, mais j'ai eu la chance de pouvoir compter sur des gens extraordinaires pour y parvenir.

J'aimerais d'abord remercier ma directrice Catherine et mon codirecteur Jean-Pierre, qui m'ont été d'une aide incroyable. Merci pour votre grande disponibilité, vos conseils et vos commentaires. Merci pour votre patience avec moi, je n'ai pas toujours respecté mes échéanciers (pour ne pas dire jamais), mais vous avez toujours été rapides à répondre à mes questions et à me retourner vos commentaires.

Un merci spécial à Catherine, merci d'avoir accepté de me prendre sous ton aile et de m'avoir permis d'avoir un projet de mémoire rapidement alors que mon premier projet était tombé à l'eau. C'est grâce à toi si j'ai pu persévérer et passer à travers ce parcours sinueux. Merci de m'impliquer dans tes multiples projets et d'ainsi me permettre d'apprendre un peu plus à tous les jours sur le monde de la recherche dans tous ses aspects. J'ai acquis beaucoup d'expérience à tes côtés et je t'en suis extrêmement reconnaissante.

J'aimerais également remercier mon meilleur ami, mon amoureux, celui qui a vécu (enduré) au quotidien mes émotions en montagnes russes, Nicholas. Merci pour ton soutien et ta patience. Merci d'être toi.

Merci à Caroline, avec qui j'ai partagé les hauts et les bas de la maîtrise. Tu es celle qui pouvait le mieux comprendre ce que je vivais et tu as été d'un grand soutien. Nos séances de travail ensemble m'ont permis de briser l'isolement, de partager des rires et de la joie dans les moments plus difficiles.

Enfin, merci à mon entourage, à ma famille et mes ami(e)s qui par leur présence et les activités faites ensemble, m'ont permis de penser à autre chose de temps à autre et de garder un équilibre sain dans ma vie.

Introduction

La délinquance est souvent associée à la violence et au risque de conséquences néfastes sur les victimes et la société en général. Toutefois, les répercussions de la délinquance et de la violence ne s'arrêtent pas là. Les délinquants eux-mêmes sont susceptibles d'être victimes dans le cadre de leurs activités délinquantes. En fait, ils y seraient particulièrement à risque, comparativement à la population générale (Abram et al., 2004; Kerig, Chaplo, Bennett et Modrowski, 2016; Laurier, Guay, Lafortune et Toupin, 2015; Maschi, 2006; Sharf, Kimonis et Howard, 2014). Les jeunes contrevenants sont souvent victimes, dès leur jeune âge, dans le contexte familial, à l'adolescence et au début de l'âge adulte dans le contexte de leurs activités délinquantes (Ford, Grasso, Hawke et Chapman, 2013; Kerig et al., 2016; Paton, Crouch et Camic, 2009). Cette victimisation vécue dans le contexte d'activités délinquantes est susceptible d'engendrer des conséquences au niveau de la santé mentale, déjà précaire, des jeunes contrevenants. Toutefois, un groupe d'individus est généralement reconnu comme étant moins à risque que d'autres de subir les répercussions néfastes de la victimisation sur la santé mentale. C'est le cas notamment des individus présentant une forte personnalité psychopathique (Moeller et Hell, 2003; Vahl et al., 2016).

Le présent mémoire porte sur les liens entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et les symptômes de trouble de santé mentale chez les jeunes contrevenants et l'effet potentiellement modérateur de la personnalité psychopathique. Dans une première partie, une recension des écrits sur le sujet est présentée et permet d'y situer la présente étude et ses objectifs. Dans une deuxième partie, la méthodologie employée (source des données, caractéristiques des participants, analyses effectuées) est présentée. En troisième partie, les résultats, ordonnés par objectifs de recherche, sont exposés. Une discussion proposant une interprétation des principaux résultats obtenus au regard de la littérature scientifique déjà existante constitue une quatrième partie. Enfin, une cinquième et dernière partie conclue en revenant sur les principaux éléments du mémoire, en exposant les limites de l'étude à prendre en considération et en proposant des pistes pour de futures recherches.

Chapitre 1 : Recension des écrits

1.1 Jeunes contrevenants, victimisation et santé mentale

Les jeunes contrevenants forment une population caractérisée par une santé psychologique précaire. Néanmoins, ces jeunes ne reçoivent pas toujours les services appropriés à leur situation (Nadeau, Laurier, Audet-Paradis, Cloutier et Desjardins, 2017). La recherche, à l'aide de divers outils, permet d'estimer la proportion de jeunes contrevenants satisfaisant les critères diagnostiques de nombreux troubles de santé mentale. Or, ces troubles ne se retrouvent pas toujours au dossier des jeunes dont il est question (National Mental Health Association, 2004). Les troubles de santé mentale affecteraient entre 20 et 73 % des jeunes contrevenants, selon les études (Anckarsäter et al., 2007; Colins et al., 2010; Fazel, Doll et Langstrom, 2008; Ståhlberg, Anckarsäter et Nilsson, 2010; Wasserman, McReynolds, Schwalbe, Keating et Jones, 2010). Parmi de jeunes contrevenants ayant participé à une étude américaine et étant sous garde en établissement de détention depuis au moins 9 mois, près de l'entièreté (98%) présentait au moins un trouble psychiatrique. Lorsque les troubles de la conduite et les troubles de l'opposition n'étaient pas pris en compte, ces taux, même s'ils diminuaient, restaient particulièrement élevés à respectivement 88% et 92% (Karnik et al., 2009).

Les troubles les plus souvent diagnostiqués parmi les jeunes contrevenants seraient les troubles extériorisés. En moyenne, les études rapportent qu'entre 27% et 53% des jeunes contrevenants présenteraient un trouble de la conduite, qu'entre 34% 45% présenteraient un trouble au niveau de la consommation de substances illicites, que 20% présenteraient un trouble de l'opposition et qu'entre 12% et 14% présenteraient un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (Colins et al., 2010; Fazel et al., 2008; Wasserman et al., 2010). Ayant des taux moins élevés, mais tout aussi alarmants, les troubles intériorisés seraient présents chez un bon nombre de jeunes contrevenants. En moyenne, les études rapportent qu'entre 16% et 20% des jeunes contrevenants présenteraient un trouble relatif à l'anxiété, qu'entre 11% et 12% auraient un diagnostic de dépression majeure et que 10% souffriraient d'un trouble du stress post-traumatique (Colins et al., 2010; Fazel et al., 2008; Wasserman et al., 2010). Entre 19% et 32% des jeunes contrevenants ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires dans la dernière année

(Wasserman et al., 2010) et entre 12% et 16% rapportent avoir commis une tentative de suicide dans la dernière année (Stokes, McCoy, Abram, Byck et Teplin, 2015).

Non seulement les jeunes contrevenants seraient nombreux à présenter au moins un trouble de santé mentale, mais un grand nombre parmi ceux-ci en présenterait de façon concomitante (Abram, 2003; Abram et al., 2015; Karnik et al., 2009; Ståhlberg et al., 2010; Wasserman et al., 2010). Par exemple, Wasserman et al. (2010) ont fait une étude auprès de 9 819 jeunes contrevenants desquels 40% se sont révélés avoir plus d'un trouble. Karnik et al. (2009) ont quant à eux fait une étude sur un plus petit échantillon de 790 jeunes contrevenants, neuf mois après une période d'incarcération. Les auteurs indiquent une proportion de 85% pour qui plus de trois troubles étaient présents. La façon dont les troubles sont évalués peut amener des variations dans les taux rapportés à travers les études. Par exemple, certaines études s'intéressent à des troubles spécifiques et ne comprennent ainsi pas tous les troubles retrouvés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). L'abus de substance, jumelé à un trouble du comportement, serait la comorbidité la plus fréquente chez les garçons, affectant près d'un jeune sur six (Abram et al., 2015). Dans une étude longitudinale comprenant trois temps de mesure, Abram et al. (2015) ont évalué la persistance des troubles de santé mentale jusqu'à 5 ans après une période de détention. Il en résulte que bien que le nombre de troubles de santé mentale semble diminuer après la détention, les jeunes présentent des taux de comorbidité substantiels (27% chez les garçons et 14% chez les filles), encore cinq ans après la détention. De plus, les auteurs ont observé une continuité entre les trois temps de mesure quant à la présence de troubles relatifs à la consommation de substance, de troubles de comportements et de dépression majeure. Ainsi, ces troubles seraient les plus susceptibles d'être encore présents chez les jeunes contrevenants, même 5 ans après la détention (Abram et al., 2015).

Les jeunes contrevenants présentent donc une prévalence de troubles de santé mentale, allant de deux fois (dépression majeure) à dix fois (troubles de la conduite) plus élevés, dépendamment des troubles, lorsqu'ils sont comparés à ce qui est recensé dans la population générale d'adolescents (Fazel et al., 2008). Bien que la prévalence de ces troubles soit relativement bien documentée, il est encore peu étudié à ce jour les processus derrière le développement et le maintien de ces troubles à travers le temps et leurs liens avec la délinquance (Kerig et Becker, 2010). Les jeunes contrevenants présentent des besoins particuliers et il est

important de mieux comprendre cette problématique afin d'être en mesure d'intervenir efficacement auprès d'eux. De plus en plus, les auteurs et praticiens s'intéressent à la notion de trauma afin de comprendre le vécu des jeunes contrevenants et de développer des stratégies d'intervention adaptées à leur égard (Greenwald, 2002; Kerig, 2013; Nadeau et al., 2017; Oudshoorn, 2015). Les approches axées sur le trauma ont comme assise que les comportements déviants des jeunes traumatisés ne sont pas nécessairement le produit d'acte réfléchi et rationnel, mais plutôt une réaction à des éléments déclencheurs traumatiques (Griffin, Germain et Wilkerson, 2012). Ce type d'approche n'enlève pas la responsabilité des jeunes face à leurs actes délinquants, mais met l'emphasis sur le travail à faire avec ces jeunes afin qu'ils adoptent des réponses alternatives aux traumatismes qu'ils vivent (Griffin et al., 2012).

1.1.1 Les évènements potentiellement traumatiques

Le terme évènement *potentiellement* traumatique (EPT) plutôt qu'évènement traumatique tient du fait que chaque individu réagit de sa propre façon aux différents évènements qu'il vit. Un évènement précis peut se révéler traumatisant pour certains, et ne pas l'être pour d'autres (Carlson et Dalenberg, 2000; Oudshoorn, 2015; Perrin et al., 2014). Le type d'évènement, le moment où il est vécu dans le processus de développement, la fréquence, de même que les caractéristiques individuelles vont venir influencer la façon dont les individus vont y réagir et développer ou non des troubles d'ordre psychologique (Briere et Spinazzola, 2005). Il ne s'agit ainsi pas de l'évènement en soi qui constitue le trauma, mais plutôt la façon dont la personne qui le vit y réagit et les conséquences qui s'en suivent (Oudshoorn, 2015).

Par exemple, alors que de jeunes contrevenants rapportent avoir vécu certains évènements empreints de violence et graves aux yeux de la population générale lors d'entrevues, peu de ces jeunes rapportent avoir vécu ces évènements comme étant traumatisants, les décrivant plutôt comme des évènements «habituels» et faisant partie de leur mode de vie (Laurier et al., 2015). Il y a tout lieu de croire qu'à la fois le contexte dans lequel se produit l'évènement ainsi que les caractéristiques personnelles de l'individu qui le subit viendront influencer l'interprétation que ce dernier fera de l'évènement et des conséquences qui y seront rattachées (Fletcher, 1996). Pour être qualifié de traumatique, un évènement doit être perçu par l'individu qui le subit comme une expérience fortement négative (Carlson et Dalenberg, 2000). Selon

l'Association psychiatrique américaine (2013) un événement traumatique implique une exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, réelles ou potentielles, d'une ou plusieurs façons. Notamment, l'événement traumatique peut avoir été vécu directement par la personne traumatisée, il peut avoir été vécu en tant que témoin ou même, il peut avoir été vécu en apprenant qu'un tel événement ait été vécu par une personne proche. Les individus traumatisés vivront alors une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement en question (Association psychiatrique américaine, 2013).

Les événements potentiellement traumatiques chez les jeunes contrevenants

Les jeunes contrevenants sont nombreux à révéler avoir vécu au moins un EPT au cours de leur vie. Selon les études, il s'agirait de 86% à 100% des jeunes contrevenants pour qui ce serait le cas (Abram et al., 2004; Laurier et al., 2015; Stimmel, Cruise, Ford et Weiss, 2014; Welfare et Hollin, 2015). Ces taux sont particulièrement élevés lorsqu'ils sont comparés à ceux de la population générale d'adolescents, qui se situent à près de 61% (McLaughlin et al., 2013). De plus, l'expérience de tels événements ne serait pas isolée dans le temps puisqu'en moyenne, les jeunes contrevenants rapportent avoir vécu entre trois et sept événements au cours de leur vie (Dierkhising et al., 2013; Kerig et al., 2016; Stimmel et al., 2014; Wilson et al., 2013).

Ces adolescents sont susceptibles de vivre ces événements dans différentes sphères de leur vie; à la fois dans le contexte familial, dans la communauté et en détention (Paton et al., 2009). Nombreux sont ceux qui ont été victimes d'abus et de négligence à la maison, qui ont dû composer avec des conditions de vie précaires et instables dès leur enfance et qui continuent, à l'adolescence à vivre dans un contexte de violence, à la fois comme témoins, victimes et auteurs (Berman, Silverman et Kurtines, 2002; Bernhard, Martinelli, Ackermann, Saure et Freitag, 2017; Ford et al., 2013; Kerig et al., 2016; King et al., 2011; Laurier et al., 2015; Maschi, 2006; Paton et al., 2009; Welfare et Hollin, 2015).

La maltraitance durant l'enfance

Une étude québécoise portant sur les jeunes contrevenants révèle que parmi les jeunes pris en charge en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA), 57,5% avaient déjà reçu des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et 20% avaient vécu au moins une mesure de placement antérieurement à leur première

condamnation (Lafortune et al., 2015). En effet, les jeunes contrevenants pris en charge dans les centres jeunesse rapportent des taux de violence subie dans le milieu familial qui sont significativement plus élevés que les autres jeunes (Toupin, Pauzé et Lanctôt, 2009). Sur un échantillon de 213 jeunes contrevenants québécois, plus de la moitié (55%) ont rapporté avoir subi de la violence physique dans leur milieu familial au cours de leur vie et 28% ont rapporté en avoir subi dans la dernière année (Toupin et al., 2009). Non seulement les jeunes contrevenants rapportent avoir vécu certains types de mauvais traitements durant l'enfance, mais une proportion non négligeable rapporte en avoir vécu plusieurs types, de façon cumulative (Ford et al., 2013; Kerig et al., 2016; King et al., 2011; Wanklyn, Day, Hart et Girard, 2012). En effet, certains cumulent jusqu'à cinq types de mauvais traitements vécus durant l'enfance (abus et négligence physique, émotionnelle et sexuel) (Wanklyn et al., 2012).

Les liens entre la maltraitance vécue durant l'enfance (abus, négligence) et les troubles de santé mentale à l'adolescence et au début de l'âge adulte sont déjà bien documentés (Debowska, Willmott, Boduszek et Jones, 2017; Naughton et al., 2017). Par exemple, les jeunes ayant vécu des abus ou de la négligence (émotionnels, physique, sexuels, etc.) présentent également des difficultés psychosociales importantes tels la dépression, des symptômes du trouble de stress post-traumatique, l'anxiété, les idées suicidaires, l'abus de substances ainsi que des comportements délinquants et violents (Debowska et al., 2017; Naughton et al., 2017). De plus, le fait de vivre plusieurs types de maltraitance (abus physiques, émotionnels, sexuels, exposition à de la violence en contexte familial, etc.) augmente considérablement les probabilités de développer un trouble de santé mentale (Debowska et al., 2017).

La victimisation en contexte de délinquance

Les jeunes contrevenants sont aussi à risque d'être victimes de violence dans le contexte de leur délinquance. En effet, une étude québécoise (Laurier et al., 2015) révèle que parmi un échantillon de 212 jeunes contrevenants, 64,6% ont déjà vu quelqu'un être poignardé, 45,8% ont déjà vu quelqu'un mourir et 27,4% ont eux-mêmes déjà été poignardés. Ailleurs, des taux semblables sont retrouvés (Abram et al., 2004; Kerig et al., 2016; Maschi, 2006; Sharf et al., 2014). Ces événements seraient également vécus de façon répétitive, jusqu'à six fois au cours de leur vie pour plus de la moitié (56,8%) (Abram et al., 2004). Kerig et al. (2016) rapportent

que plus de la moitié (52,1%) des jeunes contrevenants ont été confrontés à la mort d'un être cher. De surcroît, plus du quart (28,1%) des jeunes contrevenants interrogés ont rapporté avoir déjà été traumatisés par un événement dans lequel ils ont commis ou ont été forcés de commettre un acte de violence (Kerig et al., 2016).

Les liens entre la VCD et la santé mentale sont peu documentés. La victimisation implique le fait d'être soi-même menacé ou agressé volontairement ou d'en être témoin, d'être négligé, séparé ou abandonné par un proche (Ford et al., 2006). Dans un contexte où les jeunes contrevenants sont déjà vulnérables aux troubles de santé mentale, la survenue de nouveaux EPT, tels que la VCD, est susceptible d'exacerber la détresse psychologique de ces adolescents. En effet, la littérature scientifique portant sur le trouble de stress post-traumatique et ses symptômes chez les jeunes contrevenants montre que les événements déclencheurs d'un tel trouble ou de ses symptômes sont, plus souvent que tout autre type de trauma, relatifs au contexte délinquant (Abram et al., 2004; Kerig et al., 2016; Ruchkin, Schwab-Stone, Koposov, Vermeiren et Steiner, 2002). Par exemple, dans l'étude d'Abram et al. (2004), dans 58,9% des cas où les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique étaient rencontrés, l'événement déclencheur était d'avoir été témoin d'un homicide ou d'avoir vu quelqu'un être blessé gravement. De plus, les auteurs mentionnent que le moment auquel les jeunes contrevenants ont vécu leur pire événement traumatique, selon ces derniers, était pour la grande majorité (88,7%) dans les deux dernières années. Les jeunes aux prises avec un trouble de stress post-traumatique présenteraient également plus de troubles de santé mentale comme la dépression, l'anxiété, les troubles de conduite et l'abus d'alcool et de drogues (Ruchkin et al., 2002). Ainsi, les jeunes rapportant de multiples événements de VCD sont particulièrement vulnérables face au développement et au maintien de troubles de santé mentale. À la lumière de ce qui précède, la VCD pourrait être interprétée comme un type, parmi d'autres, d'EPT.

Le trauma complexe

L'exposition répétée et prolongée à travers le temps à des EPT, tels les abus ou la négligence, qu'ils soient physiques, sexuels ou émotionnels par exemple, peut mener au trauma complexe (Briere et Scott, 2015; Cook et al., 2005). Le trauma complexe implique l'exposition à de multiples événements traumatiques, dès l'enfance, et à une diminution des capacités à

s'adapter à la survenue de nouveaux événements de ce type à travers le temps (Briere et Scott, 2015; Cook et al., 2005). Ces événements traumatiques, vécus tôt dans l'enfance et souvent perpétrés par une figure parentale ou de confiance, viennent perturber le processus de développement et représentent un risque accru à l'émergence de troubles psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, l'abus de substances, les comportements suicidaires, l'agressivité, les plaintes somatiques et les distorsions cognitives, entre autres (Briere et Lanktree, 2012). À la lumière de la section précédente, les jeunes contrevenants étant nombreux à avoir vécu un ou plusieurs types de mauvais traitements durant l'enfance et durant l'adolescence et étant fortement exposés à de nouvelles formes de victimisation dans le contexte de leur délinquance, il y a tout lieu de croire qu'ils sont à risque de développer de tels symptômes.

Les événements potentiellement traumatiques et la délinquance

Bien que les recherches empiriques ne permettent pas actuellement de définir de relations causales entre les traumatismes et la délinquance, Kerig et Becker (2010) décrivent les modèles théoriques retrouvés dans la littérature scientifique liant les deux concepts et examinent les résultats empiriques qui supportent ces modèles. Parmi ceux-ci est discuté un modèle développé par Ford et ses collègues (Ford, 2002; Ford et al., 2006; Ford, Albert et Hawke, 2009), intégrant des processus biologiques, cognitifs et émotionnels. Selon ce modèle, la détresse constante associée au trauma, avec le temps, éveillerait un sentiment d'alarme, qui à son tour, épuiserait le jeune de ses ressources et interférerait avec ses capacités, reliées aux fonctions exécutives du cerveau, à moduler les pensées, les émotions et le comportement, menant alors à une diminution de la capacité à réguler les affects, à des schémas cognitifs rigides, des comportements impulsifs et à une diminution de l'empathie (Kerig et Becker, 2010). Toujours selon le même modèle, la victimisation menant au trauma est perçue par le jeune comme une menace au concept de soi et implique une perte du sentiment de contrôle. Le jeune alors traumatisé entrerait ainsi en un mode d'«adaptation de survie» (*survival coping*) dans lequel il tenterait de se créer une façade le présentant comme «fort» et insensible afin de retrouver son sentiment de contrôle. Dans les faits, cette façade cacherait un profond sentiment de désespoir. Devant l'absence de réponse de la part des gens qui composent son environnement, à cet appel à l'aide masqué, l'individu entrerait alors en un nouveau mode d'«adaptation-victime» (*victim*

coping) où il perçoit qu'il doit prendre tous les moyens nécessaires pour se défendre contre un monde qui lui est hostile et qui lui procure un sentiment de méfiance à l'égard de ses relations ainsi qu'un pessimisme en ce qui a trait à son futur, le menant alors à développer une tendance à adopter des comportements impulsifs et violents (Kerig et Becker, 2010).

Compte tenu des études présentées, il apparaît nécessaire de faire davantage d'études sur les liens entre la VCD chez les jeunes contrevenants et les troubles de santé mentale et leurs symptômes. Les études ont démontré la forte prévalence de troubles de santé mentale et d'événements traumatiques chez les jeunes contrevenants. Les chercheurs et praticiens tentent de développer de nouvelles façons d'intervenir auprès de ceux-ci en tenant compte de ce vécu traumatique sans toutefois être en mesure de bien le décrire et de bien le comprendre encore. Alors que la maltraitance vécue durant l'enfance et ses associations avec les troubles de santé mentale sont bien documentées (Debowska et al., 2017; Naughton et al., 2017), il en va autrement pour les autres types de traumatismes vécus par les jeunes contrevenants. Comme démontré précédemment, certains auteurs ont commencé à s'intéresser aux traumatismes vécus dans le contexte d'activités délinquantes et à leur association avec le syndrome de stress post-traumatique et ses symptômes (Abram et al., 2004; Kerig et al., 2016). Ces études sont toutefois encore rares et ne concernent pas les autres troubles de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, la consommation de substances ou l'agressivité.

Comme mentionné précédemment, un événement précis peut être qualifié de traumatique par un individu, et ne pas l'être par un autre (Carlson et Dalenberg, 2000; Oudshoorn, 2015; Perrin et al., 2014). En ce sens, les études recensées jusqu'à maintenant ne permettent pas de tirer de conclusions quant aux caractéristiques individuelles des jeunes contrevenants qui influenceraient les répercussions de tels événements. Bien qu'un nombre considérable de jeunes contrevenants présentent une grande détresse psychologique, les statistiques démontrent qu'une minorité de ceux-ci ne semblent pas en être atteints. En ce sens, plusieurs auteurs suggèrent que les individus présentant une personnalité psychopathique seraient davantage à l'abri de troubles de santé mentale, peu importe les EPT vécus (Anestis, Harrop, Green et Anestis, 2017; Douglas et al., 2008; Vahl et al., 2016; Veen, Andershed, Stevens, Doreleijers et Vollebergh, 2011).

1.2 La personnalité psychopathique

La psychopathie est considérée comme un trouble de la personnalité qui, malgré de nombreux débats conceptuels et étiologiques (Andrade, 2008; Hare et Neumann, 2005; Skeem et Cooke, 2010), est reconnu comme étant composé de dimensions affective, interpersonnelle et comportementale. Un débat existe cependant au niveau de la dernière dimension où certains auteurs affirment qu'elle doit inclure à la fois une dimension relative au style de vie instable et une dimension relative aux comportements antisociaux, alors que d'autres ne jugent pas nécessaire le fait d'y incorporer cette dernière dimension (Andrade, 2008; Neumann, Hare et Pardini, 2015; Skeem et Cooke, 2010). La dimension affective représente un déficit caractérisé par la froideur, le manque d'empathie, de culpabilité et de remords. La dimension interpersonnelle est quant à elle caractérisée par le narcissisme, le charme superficiel et la tendance à la manipulation. La dimension relative au style de vie fait référence à un style de vie instable, teinté par l'impulsivité et l'irresponsabilité. Enfin, la dimension relative aux comportements antisociaux est caractérisée par les comportements délinquants et le non-respect des normes (Hare et Neumann, 2008).

Un consensus émerge dans la littérature scientifique selon lequel la psychopathie serait de nature dimensionnelle plutôt que taxonomique (Edens, Marcus et Vaughn, 2011; Guay, Ruscio, Knight et Hare, 2007; R. D. Hare et Neumann, 2008; Marcus, John et Edens, 2004; Murrie et al., 2007). De ce fait, les individus présenteraient, à divers degrés, des traits de la personnalité psychopathique et il serait alors erroné de parler d'individus dits psychopathes en soi. Ainsi, le terme de *personnalité psychopathique* est privilégié dans ce mémoire afin de tenir compte du continuum dans lequel les individus présentent ou non des traits associés à la psychopathie.

1.2.1 Traits associés

Traits de personnalité

La personnalité psychopathique a souvent été mise en relation avec le modèle à cinq facteurs de la personnalité. Ce modèle, largement reconnu dans la littérature scientifique, suggère que la personnalité peut être divisée en cinq grands traits qui à leur tour, peuvent être

divisés en 30 facettes; l'extraversion, l'agréabilité, la conscience, le névrosisme et l'ouverture (McCrae et John, 1992). L'extraversion réfère à une tendance à l'expérience d'émotions positives, l'inclinaison à vivre l'aventure, à l'ambition et à l'affiliation à autrui. L'agréabilité réfère plutôt à l'altruisme et à la tendance à soutenir émotionnellement les autres. La conscience réfère quant à elle à la diligence, à la minutie et à la prudence. Le névrosisme représente la tendance à faire l'expérience d'émotions négatives et d'une certaine détresse psychologique. Enfin, l'ouverture représente l'intérêt intellectuel et la tendance à adopter des valeurs, opinions non conventionnelles (McCrae et John, 1992).

La personnalité psychopathique serait associée négativement à l'agréabilité et à toutes ses facettes (confiance, droiture, altruisme, conformité, modestie et tendresse), à certaines facettes de la conscience seulement (sens du devoir et délibération) ainsi qu'à certaines facettes du névrosisme (anxiété, dépression, conscience de soi et vulnérabilité). À l'inverse, certaines facettes du névrosisme seraient associées positivement à la personnalité psychopathique telles la colère-hostilité et l'impulsivité. Il en est de même pour certaines facettes de l'extraversion telles la grégarité, l'assertivité, l'activité et la recherche de sensations (Miller, Lynam, Widiger et Leukefeld, 2001). Chez les enfants et les adolescents, les mêmes tendances se dégagent, la personnalité psychopathique étant généralement associée à de bas niveaux de conscience et d'agréabilité ainsi qu'à un haut degré de dominance sociale (Salekin, 2017).

Délinquance

La personnalité psychopathique est associée à une délinquance violente et sévère, marquée par la récidive, tant chez les adultes que chez les adolescents (Asscher et al., 2011; Edens, Campbell et Weir, 2007; Flexon et Meldrum, 2014; Fritz, Wiklund, Koposov, af Klinteberg et Ruchkin, 2008; Guay et al., 2015; Leistico, Salekin, DeCoster et Rogers, 2008; Pechorro, Maroco, Gonçalves, Nunes et Jesus, 2014). Les adolescents présentant de hauts niveaux de traits psychopathiques ont aussi davantage de troubles de comportement et s'engagent dans les activités criminelles et dans le système de justice de façon plus précoce (DeLisi et al., 2014; Pechorro, Gonçalves, et al., 2014; Pechorro, Maroco, et al., 2014).

1.2.2 Prévalence

La personnalité psychopathique n'est pas un trouble répertorié dans le DSM et n'a donc pas de critères diagnostiques. De plus, de par sa nature dimensionnelle, il est difficile de déterminer à quel degré la personnalité psychopathique est présente dans la population. Toutefois, il est généralement reconnu que la population carcérale, comparativement à la population générale, présente une forte proportion d'individus caractérisés par des traits psychopathiques élevés (Beaver, Boutwell, Barnes, Vaughn et DeLisi, 2017; Hare, 1996). Par exemple, il est estimé à près de 1% la proportion d'individus dans la population générale présentant des traits de la personnalité psychopathique et à 15 à 20% la proportion d'individus présentant ces traits dans la population carcérale (Hare, 1996). Ces estimations de Hare ont été corroborées par d'autres études, utilisant différentes versions du *Psychopathy Checklist* (PCL) de Hare tels que la version révisée (PCL-R), la version courte (PCL : SV) et la version pour les jeunes (PCL : YV) (Coid, Yang, Ullrich, Roberts, Moran, et al., 2009; Coid et Ullrich, 2010; Coid, Yang, Ullrich, Roberts et Hare, 2009; Lynam, Caspi, Moffitt, Loeber et Stouthamer-Loeber, 2007; Sevecke, Lehmkuhl et Krischer, 2011).

1.2.3 La personnalité psychopathique et ses variantes

La littérature scientifique tend à démontrer qu'il existe principalement deux types de personnalité psychopathique : un type primaire et un type secondaire (Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld et Cale, 2003; Yildirim et Derksen, 2015). La variante primaire serait caractérisée principalement par les dimensions affective et interpersonnelle. Autrement dit, cette variante engloberait des individus particulièrement insensibles, calculateurs et manipulateurs. Les études rapportent que cette variante regroupe également des individus particulièrement narcissiques et extravertis (Blagov et al., 2011; Hicks, Markon, Patrick, Krueger et Newman, 2004; Kimonis, Frick, Cauffman, Goldweber et Skeem, 2012; Skeem, Johansson, Andershed, Kerr et Loudon, 2007). À la lumière d'une recension des écrits portant sur les caractéristiques distinctives des deux variantes, Yildirim et Derksen (2015) indiquent que la variante primaire englobe des individus pouvant être placés sur un continuum allant de désinhibé à en contrôle d'eux-mêmes.

La variante secondaire serait quant à elle caractérisée principalement par les dimensions relatives au style de vie instable et aux comportements antisociaux. C'est-à-dire que cette

variante engloberait des individus particulièrement impulsifs, hostiles et sans égard aux normes sociales (Blagov et al., 2011; Hicks et al., 2004; Kimonis et al., 2012; Skeem et al., 2007). Ils présenteraient tout de même des scores élevés à toutes les dimensions de la personnalité psychopathique, sans nécessairement atteindre les niveaux affectifs et interpersonnels de la personnalité psychopathique primaire (Yildirim et Derksen, 2015). Les études rapportent également que cette variante regroupe des individus fortement névrotiques (Blagov et al., 2011; Hicks et al., 2004; Kimonis et al., 2012; Skeem et al., 2007). Selon Yildirim et Derksen (2015), la psychopathie secondaire engloberait des individus pouvant être placés sur un continuum allant de détaché (peu névrotique et stable émotionnellement) à instable (fortement névrotique et instable émotionnellement).

Les deux variantes sont généralement associées à une étiologie différente. Alors que la variante primaire serait principalement le produit de prédispositions biologiques, la variante secondaire serait plutôt acquise à la suite de maltraitance vécue durant l'enfance (Skeem et al., 2003). Porter (1996) propose un modèle interactif entre des prédispositions biologiques et les effets de l'environnement social. Selon l'auteur, bien que les deux types de personnalité psychopathique se distinguent sur le plan de leur étiologie, les deux présentent des traits élevés d'insensibilité émotionnelle. Pour certains individus ayant vécu des événements profondément traumatisants et répétés au cours de leur enfance, la fermeture face aux émotions serait une stratégie d'adaptation adoptée par ceux-ci et entraînerait le développement des traits d'insensibilité émotionnelle retrouvés dans la personnalité psychopathique (Porter, 1996). Dans ces cas, l'auteur considère que la psychopathie devrait plutôt être traitée comme un trouble de dissociation des émotions plutôt que comme un trouble de la personnalité. La théorie du «survival coping» de Ford et al. (2006), décrite précédemment, va dans le même sens. Pour rappel, ce type de stratégie d'adaptation surviendrait chez des enfants confrontés à des événements de victimisation pour lesquels ils considèrent ne pas avoir le contrôle. Ceux-ci prendraient alors tous les moyens nécessaires pour y survivre psychologiquement, dont la défiance et l'insensibilité.

La personnalité psychopathique et ses variantes seraient perceptibles dès l'enfance et la littérature scientifique tend à démontrer que ses traits seraient relativement stables à travers le temps (Lynam et al., 2009, 2007; Yildirim et Derksen, 2015). Ainsi, il est important de

s'attarder aux traits psychopathiques dès l'enfance afin d'être en mesure de cibler les jeunes à risque de récidive, de comportements violents et de troubles psychosociaux et d'adapter les pratiques en fonction de leurs spécificités (Asscher et al., 2011). Les traits de la personnalité psychopathique ont été beaucoup plus étudiés chez les contrevenants adultes que chez les jeunes contrevenants, mais de plus en plus, les chercheurs s'intéressent à ces derniers (Asscher et al., 2011). Jusqu'à maintenant, les résultats obtenus des recherches effectuées sur les adolescents présentant des traits psychopathiques sont cohérents avec ceux obtenus chez les adultes (Taylor et Lang, 2006).

1.2.4 La personnalité psychopathique et la santé mentale

Plusieurs études se sont intéressées aux liens entre la personnalité psychopathique et les troubles de santé mentale. Dans un premier temps, les études ayant porté sur le concept de psychopathie dans son ensemble et ses liens avec la santé mentale sont présentées. Dans un deuxième temps, les liens entre chacune des dimensions spécifiques de la psychopathie et la santé mentale sont détaillés.

Les individus ayant une personnalité psychopathique forte présenteraient davantage de troubles psychologiques extériorisés (consommation d'alcool/drogues, comportements perturbateurs, etc.) (Sevecke, Lehmkuhl et Krischer, 2009; Vahl et al., 2016; Wareham, Dembo, Poythress, Childs et Schmeidler, 2009). Le même constat n'est cependant pas observé concernant les troubles intériorisés (anxiété et dépression) (Vahl et al., 2016). Par exemple, Vahl et al. (2016) ont mené une étude auprès de 439 jeunes contrevenants, âgés d'en moyenne 16,5 ans qui avait pour objectif de comparer les jeunes sur la base de leurs traits psychopathiques, des mauvais traitements vécus à l'enfance et des symptômes de troubles de santé mentale. Leurs résultats indiquent que pour les jeunes présentant peu de traits de personnalité psychopathique, tels que mesurés par le *Youth Psychopathic Traits Inventory* (YPI) (auto-révélé) (Andershed, Hodgins et Tengstrom, 2007; Andershed, Kerr, Stattin et Levander, 2002) les symptômes de troubles de santé mentale (intériorisés et extériorisés, auto-révélés) augmenteraient en fonction du nombre de différents types de mauvais traitements subis à l'enfance (abus physique, sexuel, et émotionnel et négligence physique et émotionnelle), alors que ce ne serait pas le cas chez

ceux présentant de forts traits de personnalité psychopathique (Vahl et al., 2016). Similairement, dans un échantillon de jeunes adultes contrevenants (17 à 27 ans), le score total à l'échelle de psychopathie était positivement corrélé avec le nombre d'évènements potentiellement traumatique rapporté, sans toutefois l'être avec les symptômes du trouble de stress post-traumatique (Moeller et Hell, 2003). Ces résultats suggèrent que les individus ayant une forte personnalité psychopathique seraient plus à l'abri de développer des troubles de santé mentale à la suite d'EPT (Moeller et Hell, 2003).

De nombreuses études révèlent cependant l'importance d'étudier non pas seulement le concept de psychopathie dans son ensemble, mais aussi spécifiquement ses dimensions, dans l'analyse de leurs liens avec les troubles de santé mentale. Alors que la variante primaire serait caractérisée par des individus stables et en contrôle d'eux-mêmes, la variante secondaire, à l'inverse, serait caractérisée par des individus instables et vulnérables à la détresse psychologique (Skeem et al., 2003). En ce sens, plusieurs études rapportent des associations positives entre la variante secondaire et le vécu de traumatismes, l'abus de substances, la colère, la dépression et le trouble de stress post-traumatique ainsi que des associations négatives (ou nulles) entre la variante primaire et les troubles de santé mentale (Blagov et al., 2011; Kimonis et al., 2012; Sharf et al., 2014; Tatar, Cauffman, Kimonis et Skeem, 2012; Vaughn, Edens, Howard et Smith, 2009).

Les différences observées entre les deux variantes de la personnalité psychopathique concernant la santé mentale suggèrent que les dimensions de la psychopathie affichent, elles aussi, des associations inverses avec le développement de troubles de santé mentale. Plusieurs auteurs ont étudié de façon isolée chacune des dimensions de la psychopathie plutôt qu'en fonction des variantes de la personnalité psychopathique (Anestis et al., 2017; Dhingra, Boduszek, Palmer et Shevlin, 2015; Douglas et al., 2008; Price, Salekin, Klinger et Barker, 2013; Veen et al., 2011; Willemsen, De Ganck et Verhaeghe, 2012). Ces associations sont rapportées plus en détails dans la section suivante.

Dimensions affective et interpersonnelle

Anestis et al. (2017) ont étudié les liens entre l'exposition au combat chez 292 militaires et la présence de symptômes de stress post-traumatique et ont testé l'effet potentiellement modérateur de la dimension affective de la psychopathie sur cette relation. L'outil utilisé afin

de mesurer la psychopathie, de nature auto-révéle, était le *Levenson Self-Report Psychopathy Scales* (LSRP) (Levenson, Kiehl et Fitzpatrick, 1995). Quant aux symptômes de trouble de stress post-traumatique, ils ont été mesurés à l'aide du *PTSD Checklist- Military Version* (PCL-M) (Weathers, Litz, Herman, Huska et Keane, 1993), un outil auto-révéle également. Les auteurs ont constaté que la force de la relation entre l'exposition au combat et les symptômes de stress post-traumatique diminuait significativement en fonction du score aux dimensions interpersonnelle et affective de la psychopathie. Plus ces scores étaient élevés chez les militaires, moins leur exposition au combat avait un effet sur la présence de symptômes de stress post-traumatique, allant ainsi dans le sens de leur hypothèse selon laquelle les traits psychopathiques auraient un effet protecteur sur le développement de traumatismes. Willemssen et al. (2012) ont testé la même hypothèse avec un échantillon de 81 contrevenants adultes exposés à des EPT. Les participants avaient à indiquer, selon une liste d'événements proposés, lesquels ils avaient vécus au cours de leur vie. Leurs résultats indiquent que l'exposition à des EPT serait associée à des symptômes de stress post-traumatiques, tels que mesurés par le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I), mais seulement chez les individus présentant peu de traits relatifs à la dimension affective. Les auteurs ne retrouvent toutefois pas cet effet d'interaction avec la dimension interpersonnelle. Dans cette étude, les traits psychopathiques étaient mesurés avec le PCL-R (Hare, 2003). Du côté des jeunes contrevenants, Sevecke et al. (2009) ont noté des résultats similaires, les jeunes présentant des scores élevés à la dimension affective ayant moins de probabilités de présenter des symptômes de dépression-anxiété. Toutefois, bien que la dimension affective ait été intégrée dans un modèle de régression afin de vérifier son apport dans l'explication des symptômes, elle n'a pas été testée à titre de variable modératrice dans cette étude. De plus, les EPT n'étaient pas à l'étude dans ce cas-ci.

Certaines études présentent des résultats différents quant au lien entre la dimension affective et les troubles de santé mentale. Par exemple, Dhingra et al. (2015) se sont intéressés aux comportements d'automutilation et aux dimensions de la personnalité psychopathique chez des patients psychiatriques adultes. En se basant sur les réponses des participants aux items correspondant aux comportements d'automutilation, un groupe à faible risque et un groupe à risque élevé ont été formés. Les auteurs ont ensuite étudié les associations entre ces deux groupes et les dimensions de la psychopathie, la dépression, l'anxiété, la victimisation violente ainsi que le genre. Les participants présentant des scores élevés à la dimension affective et des

scores bas à la dimension interpersonnelle étaient significativement plus enclins à être dans le groupe à risque élevé de comportements d'automutilation. Afin d'interpréter ce résultat, les auteurs ont suggéré qu'une composante de la dimension affective, telle que le détachement émotionnel, pourrait être responsable d'un faible sentiment d'anxiété face à l'idée de se faire du mal.

Par ailleurs, d'autres auteurs ayant étudié uniquement les traits d'insensibilité émotionnelle chez les jeunes contrevenants y ont trouvé des associations positives avec l'expérience d'EPT, de même que les symptômes du trouble de stress post-traumatique, la dysthymie et l'anxiété (Enebrink, Andershed et Långström, 2005; Kahn et al., 2013; Kimonis, Fanti, Isoma et Donoghue, 2013; Sharf et al., 2014). Ainsi, des jeunes contrevenants présentant le même niveau de traits d'insensibilité émotionnelle pourraient être distingués en deux sous-groupes (primaire et secondaire) en fonction du vécu d'EPT et de la présence de troubles de santé mentale (Sharf et al., 2014). Par exemple, parmi des jeunes contrevenants présentant de forts traits d'insensibilité émotionnelle, ceux présentant des traits d'anxiété (catégorisés variante secondaire de la psychopathie) rapportaient davantage d'expositions à des EPT, davantage de symptômes du trouble de stress post-traumatique et davantage de difficultés de régulation des émotions (Bennett et Kerig, 2014; Sharf et al., 2014). Entre autres, ils étaient significativement plus nombreux en proportion à avoir été exposés à de la violence conjugale, à rapporter s'être déjà fait battre, à avoir déjà été la cible de coups de feu et à s'être déjà fait menacer physiquement (Sharf et al., 2014). Ces résultats vont dans le sens de la théorie de Porter (1996) où les traits d'insensibilité émotionnelle seraient acquis comme une stratégie d'adaptation pour certains individus. Par ailleurs, d'autres études ayant testé si l'association entre les traits d'insensibilité émotionnelle et l'exposition à des EPT était médiée par une tierce variable vont aussi dans ce sens (Bains, 2017; Kerig, Bennett, Thompson et Becker, 2012). Ces études révèlent que les symptômes de l'«engourdissement» émotionnel (*emotional numbing*) ainsi que de la dissociation des émotions seraient responsables, en partie, de l'association entre les EPT et les traits d'insensibilité émotionnelle (Bains, 2017; Kerig et al., 2012).

Dimensions style de vie et comportements antisociaux

Les dimensions style de vie et comportements antisociaux de la psychopathie, généralement associés aux psychopathes secondaires, sont aussi associés à la détresse psychologique (Douglas et al., 2008; Sevecke, Franke, Kosson et Krischer, 2016). Par exemple, les deux dimensions seraient liées à des difficultés de régulation des émotions (Sevecke et al., 2016), aux comportements suicidaires (Douglas et al., 2008) et à la consommation d'alcool et de drogues (Gillen, Barry et Bater, 2016; Sellbom, Donnelly, Rock, Phillips et Ben-Porath, 2017; Taylor et Lang, 2006). Dans une recension des écrits sur l'association entre les traits psychopathiques et l'abus de substances, Taylor et Lang (2006) constatent que les études recensées permettent de conclure que les traits psychopathiques, particulièrement les dimensions relatives au style de vie et aux comportements antisociaux rendent plus à risque de développer des troubles relativement à la consommation de substances illicites. L'association entre les dimensions relatives au style de vie et aux comportements antisociaux de la personnalité psychopathique et les troubles relatifs à la consommation de substances serait expliquée, en partie seulement, par les traits d'anxiété et le désir de réduire sa détresse psychologique (Gillen et al., 2016). Par ailleurs, ces mêmes dimensions de la psychopathie seraient associées, quoique faiblement, aux comportements suicidaires. En effet, les individus présentant de hauts scores à ces dimensions seraient plus à risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide (Douglas et al., 2008).

En résumé, deux variantes sont généralement reconnues dans la littérature scientifique et présentent des associations différentielles avec les troubles de santé mentale. La variante primaire caractérise des individus particulièrement stables émotionnellement alors que la variante secondaire caractérise des individus présentant une certaine détresse psychologique. Cette dernière variante est aussi associée à davantage d'expériences traumatiques. Il apparaît donc important, lorsque les associations entre la psychopathie et la santé mentale sont étudiées, de ne pas seulement étudier le concept de psychopathie dans son ensemble, mais aussi ses dimensions spécifiquement.

1.3 Problématique

Les jeunes contrevenants sont nombreux à présenter une santé psychologique précaire. La prévalence de troubles de santé mentale retrouvée chez cette clientèle est largement

supérieure à ce qui est retrouvé chez les adolescents dans la population générale (Laurier et Morin, 2014). Ils sont également nombreux à rapporter avoir vécu un ou plusieurs EPT. Ceux-ci impliquent souvent l'abus et la négligence vécus durant l'enfance, mais aussi la victimisation vécue dans le contexte de leurs activités délinquantes. Les études concernant les troubles de santé mentale chez les jeunes contrevenants sont principalement de nature épidémiologique. Puisqu'il a été démontré que les jeunes contrevenants y sont particulièrement vulnérables, il importe de maintenant s'intéresser aux facteurs de risque menant au développement des troubles de santé mentale afin d'être en mesure d'intervenir efficacement auprès d'eux. Alors que les associations entre les traumatismes vécus durant l'enfance et les difficultés d'adaptation à l'adolescence et au début de l'âge adulte sont bien documentées, les associations entre la VCD et les troubles d'adaptation psychosociale le sont moins. Certains auteurs ont documenté les liens entre les traumatismes vécus en contexte de délinquance et le trouble de stress post-traumatique (Abram et al., 2004; Kerig et al., 2016). Toutefois, ces études ne concernent pas les autres symptômes de troubles de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, la consommation de substances ou l'agressivité.

Plus encore, la façon dont les caractéristiques individuelles, tels les traits psychopathiques, sont susceptibles de modérer ces associations est encore moins documentée. Le type d'évènement, le moment où il est vécu dans le processus de développement, la fréquence, de même que les caractéristiques individuelles vont venir influencer la façon dont les individus vont y réagir et développer ou non des troubles d'ordre psychologique (Briere et Spinazzola, 2005). Afin d'être en mesure d'identifier les jeunes qui sont les plus à risque de développer des troubles de santé mentale, mais aussi de récidive, il est important de prendre en compte les caractéristiques individuelles dans l'analyse de ces liens. En effet, les jeunes qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale présenteraient plus de délinquance et à un risque de récidive plus élevé (DeLisi et al., 2010; Ford, Chapman, Connor et Cruise, 2012; McReynolds, Schwalbe et Wasserman, 2010).

Certaines études ont testé l'effet de la psychopathie sur le développement de troubles de santé mentale (Anestis et al., 2017; Vahl et al., 2016; Willemsen et al., 2012), mais ces études comportent quelques limites et les différents résultats ne permettent pas d'arriver à un consensus quant au rôle de la psychopathie. Par exemple, l'étude de Vahl et al. (2016) ont comparé les

jeunes contrevenants sur la base de leurs traits psychopathiques, de la maltraitance durant l'enfance et des symptômes de troubles de santé mentale. Ces comparaisons sont toutefois essentiellement descriptives et ne permettent pas de prendre simultanément en considération l'effet d'autres variables. La VCD n'y est pas non plus analysée. Peu nombreuses sont les études s'étant intéressées aux EPT autres que ceux vécus durant l'enfance (à l'exception de Willemsen et al. (2012) ont étudié les traumatismes vécus à l'âge adulte). Toutefois, les traumatismes vécus à l'adolescence, dans le contexte délinquant sont importants à prendre en considération, comme ils se produisent alors que les adolescents sont encore en plein développement. La VCD est susceptible d'avoir un impact plus ou moins marqué, en fonction des traits psychopathiques chez les jeunes. De plus, les jeunes contrevenants présentant une forte personnalité psychopathique sont probablement plus actifs criminellement et depuis plus longtemps que les autres jeunes contrevenants, les mettant plus à risque d'avoir vécu et de vivre encore des EPT, dans le contexte de leur délinquance. Enfin, la personnalité psychopathique y est analysée de façon globale, sans examiner l'effet de chaque dimension. La recension des écrits a révélé que chacune des dimensions présentaient des associations différentes avec les troubles de santé mentale.

D'autres études ont testé l'effet modérateur de la psychopathie dans la relation entre les événements potentiellement traumatiques et les troubles de santé mentale (Anestis et al., 2017; Willemsen et al., 2012). Toutefois, ces études ont porté sur des populations adultes seulement. Alors que l'association entre les dimensions relative au style de vie et aux comportements antisociaux de la personnalité psychopathique et les troubles de santé mentale est plutôt consistante dans la littérature scientifique, elle semble être plus ambiguë en ce qui concerne les dimensions affective et interpersonnelle. Alors que plusieurs études rapportent que les traits psychopathiques seraient un facteur de protection quant au développement de troubles de santé mentale, cela concernerait davantage le cas de la dimension affective. Il ne semble toutefois pas émerger de consensus encore à ce niveau, les résultats étant différents d'une population à une autre (adolescents, adultes, contrevenants, militaires, patients psychiatriques) et d'un outil de mesure à un autre (auto-rapporté ou non).

1.4 Objectifs

L'objectif général de ce mémoire est de documenter la relation entre les EPT vécus en contexte de délinquance, et les symptômes de troubles de santé mentale chez les jeunes contrevenants, et de tester l'effet potentiellement modérateur de la personnalité psychopathique et de ses dimensions.

Plus spécifiquement, l'étude vise à : 1) faire un portrait sommaire des symptômes de troubles de santé mentale, de la VCD et des traits de la personnalité psychopathique chez les jeunes contrevenants; 2) examiner les liens entre la VCD, les traits de la personnalité psychopathique et les symptômes de troubles de santé mentale et; 3) tester l'effet potentiellement modérateur de la psychopathie et de ses dimensions sur la relation entre la VCD et les symptômes de troubles de santé mentale, tout en contrôlant pour la maltraitance durant l'enfance et les paramètres de la délinquance.

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Contexte de l'étude et source des données

L'échantillon de la présente étude provient de deux projets plus vastes (Guay et al., 2015; Laurier et al., 2015) menés auprès de jeunes contrevenants. Ces études s'inscrivaient dans le cadre d'une action concertée sur le phénomène des gangs de rue et avaient pour objectifs de développer les connaissances sur les facteurs de risque associés à l'appartenance à un gang de rue et au risque de récidive de ceux-ci. Les deux projets s'étant alliés au moment de la collecte de données, ils partagent les mêmes participants. Ainsi, pour la présente étude, leurs bases de données respectives ont été jumelées afin de regrouper les informations recueillies des participants par chacun des deux projets. À ce moment, les participants et leurs parents (pour les mineurs) avaient déjà signé un formulaire de consentement dans lequel ils acceptaient que leurs données provenant des deux études soient fusionnées dans l'éventualité où un autre projet de recherche prendrait forme. Le projet actuel a lui aussi fait l'objet d'une évaluation par le comité d'éthique à la recherche du centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) duquel il a obtenu l'approbation nécessaire à sa réalisation.

Le recrutement des participants s'est déroulé de juin 2011 à décembre 2013 auprès de deux bassins de contrevenants : le Service correctionnel du Québec et les Centres Jeunesse du Québec. Précisément, les contrevenants étant sous la juridiction des services correctionnels du Québec provenaient des établissements de détention de Saint-Jérôme ou de Montréal. Les contrevenants placés en centres jeunesse sous la LSJPA provenaient quant à eux du CJM-IU et des centres jeunesse de Laval, des Laurentides et de Lanaudière. Les participants ont tous été rencontrés au moins deux fois, en moyenne deux heures par rencontre, afin d'administrer l'ensemble des questionnaires. Leur administration a été faite sur support informatique et dans les bureaux des Centres Jeunesse ou des centres de détention.

2.1.1 Description de l'échantillon

Seuls les participants pour lesquels toutes les variables à l'étude étaient disponibles ont été inclus dans l'échantillon. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées au tableau I. Ainsi, 200 contrevenants âgés de 14 à 25 ans (moyenne= 18,3 ans) forment l'échantillon. La

majorité provient d'un centre jeunesse (73%) alors que l'autre partie (27%) provient d'un centre de détention. La plupart (84%) des participants faisaient l'objet d'une surveillance sous garde alors que 15,5% étaient en surveillance dans la communauté au moment du recrutement. Alors que la majorité des participants sont nés au Québec (76,5%), 44% se sont identifiés d'origine ethnoculturelle québécoise/canadienne, 17,5% antillaise, 14% africaine et 24,5% d'une autre origine.

Tableau I. Statistiques descriptives de l'échantillon

	Moyenne	Écart-Type	N	
Âge	18,28	2,53	200	
			n	%
Provenance				
Centre de détention pour adulte			54	27,0
Centre jeunesse			146	73,0
Type de surveillance				
Garde			168	84,0
Communauté			31	15,5
Manquant			1	0,5

2.2 Opérationnalisation des variables à l'étude

2.2.1 Santé mentale

Le Massachusetts Youth Screening Questionnaire (MAYSI-2) (Grisso et al., 2001) a été utilisé afin de mesurer les symptômes de troubles de santé mentale. Il s'agit d'un outil de dépistage des troubles de santé mentale spécialement conçu pour les jeunes contrevenants. Il comporte 52 items où les participants doivent répondre si, dans les 30 derniers jours, les affirmations présentées se sont appliquées à eux (oui/non). Ces items peuvent être regroupés sous sept échelles : la consommation d'alcool-drogue, la colère-irritabilité, la dépression-anxiété, les pensées suicidaires, les plaintes somatiques, les troubles de la pensée ainsi que les

expériences traumatiques. Pour la présente étude, seulement quatre échelles ont été étudiées, soient celles relatives à la consommation d'alcool-drogue (8 items), la colère-irritabilité (9 items), la dépression-anxiété (9 items) ainsi que les pensées suicidaires (5 items). Ces échelles étaient intéressantes à des fins de comparaison avec la littérature scientifique déjà existante car elles regroupent à la fois des troubles extériorisés et intériorisés. Chacune des échelles donne une indication quant au degré d'attention nécessaire à porter au jeune contrevenant qui est concerné. Ainsi, pour chacune des échelles, un jeune peut se retrouver dans la zone *normale*, qui indique qu'il ne semble pas présenter de problématique particulière à ce niveau, dans la zone *à risque*, indiquant que le jeune devrait faire l'objet d'une attention plus particulière ou dans la zone *danger*, qui indique que le jeune devrait être pris en charge rapidement en lien avec l'échelle concernée. Pour la présente étude, ces seuils cliniques ont été calculés à des fins descriptives, mais les scores continus ont été utilisés pour les fins statistiques. Ainsi, plus un score est élevé à une échelle, plus le participant présente un risque élevé de troubles associés. Le MAYSI-2 est un instrument qui a déjà été largement validé et présente de bonnes propriétés psychométriques (Archer, Simonds-Bisbee, Spiegel, Handel et Elkins, 2010; Archer, Stredny, Mason et Arnau, 2004; Ford, Chapman, Pearson, Borum et Wolpaw, 2008; Leenarts et al., 2016). Dans le présent échantillon, les échelles de consommation d'alcool-drogue ($\alpha=0,77$) et de colère-irritabilité ($\alpha=0,71$) présentent une bonne cohérence interne. Toutefois, il n'en est pas autant pour les échelles de dépression-anxiété ($\alpha=0,66$) et de pensées suicidaires ($\alpha=0,65$).

2.2.2 Victimisation en contexte de délinquance

La VCD a été mesurée au moyen de quatre items provenant d'un questionnaire maison (Laurier et al., 2015) portant sur la prise de risques et sur le vécu d'EPT associés aux comportements délinquants. Plus précisément, les participants ont été invités à répondre s'ils ont déjà vécu, au cours de leur vie, ces trois événements : 1) déjà vu quelqu'un mourir; 2) déjà vu quelqu'un être poignardé; 3) déjà été poignardé. Pour ces trois items, les participants ont répondu sur une échelle variant de zéro à trois, correspondant à 0- *jamais*, 1- *une seule fois*, 2- *deux ou trois fois* et 3- *plus de trois fois*. De plus, les participants ont été questionnés s'ils s'étaient déjà blessés en commettant un délit. Ils devaient répondre par oui ou non seulement.

Les items ont par la suite été regroupés pour former deux mesures indicatives de la VCD. D'abord, une moyenne des trois premiers items a été calculée afin d'établir la fréquence

moyenne de victimisation. Cette mesure varie entre zéro et trois. Pour la seconde mesure, les items ont été transformés en variables dichotomiques, à savoir s'ils avaient déjà vécu ou non chacun des événements au moins une fois. La somme du nombre d'événements différents indique donc la diversité de l'exposition à la VCD. Cette mesure varie quant à elle entre zéro et quatre.

2.2.3 Psychopathie

L'utilisation de questionnaires autorévélés afin de mesurer la psychopathie présente plusieurs avantages (Lilienfeld et Fowler, 2006). Entre autres, la passation est rapide et simple et permet d'obtenir des résultats qui convergent avec ceux obtenus par des outils requérant l'observation d'un pair, tout en évitant les problèmes d'accord interjuges (Lilienfeld et Fowler, 2006). La psychopathie a été mesurée à l'aide du *Self Report Psychopathy III*, version courte (SRP-III-SF) (Paulhus et al., sous presse). Il s'agit d'un questionnaire autorévélé comportant 29 affirmations pour lesquelles les participants doivent répondre dans quelle mesure elles s'appliquent à eux. Les choix de réponse varient de *1- fortement en désaccord* à *5- fortement en accord*. Le questionnaire permet de calculer des scores aux quatre dimensions de la psychopathie, soient les dimensions affective (7 items), interpersonnelle (7 items), style de vie (7 items) et comportements antisociaux (8 items). Un score total peut être calculé en faisant la somme des 4 dimensions. Plus le score est élevé pour chacune des dimensions, plus le participant présente de forts traits.

La version longue du *Self Report Psychopathy* démontre une bonne consistance interne et une bonne validité de construit (Lilienfeld et Fowler, 2006; Mahmut, Menictas, Stevenson et Homewood, 2011; Neal et Sellbom, 2012; Neumann et Pardini, 2014). Plus récemment, sa version courte a été évaluée et semble également démontrer de bonnes propriétés psychométriques (Boduszek et Debowska, 2016; Declercq, Carter et Neumann, 2015; Dotterer et al., 2017; Gordts, Uzieblo, Neumann, Van den Bussche et Rossi, 2017). Dans le présent échantillon la dimension interpersonnelle présente un alpha de Cronbach acceptable ($\alpha=0,80$). Les dimensions affective ($\alpha=0,44$), style de vie ($\alpha=0,66$) et comportements antisociaux ($\alpha=0,67$) présentent une faible cohérence interne.

2.2.4 Variables contrôles

Les liens entre la VCD et les troubles de santé mentale ont été contrôlés avec la maltraitance vécue durant l'enfance ainsi qu'avec les paramètres de la délinquance. Ces variables ont été choisies en regard de la recension des écrits, les trois semblant généralement co-varier ensemble. Bien que l'âge de l'échantillon varie de 14 à 25 ans, les analyses de corrélations ont révélées que l'âge ne co-variait pas significativement avec aucune des variables à l'étude (troubles de santé mentale, psychopathie et victimisation). Cette variable n'a donc pas été incluse comme variable contrôle dans les analyses.

La maltraitance vécue durant l'enfance

Le *Child Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein et Fink, 1998) est un questionnaire évaluant les traumatismes vécus durant l'enfance. Il comprend 25 items répartis sur cinq sous-échelles : les abus émotionnels, physiques et sexuels ainsi que la négligence émotionnelle et physique. Les répondants doivent indiquer pour chaque item dans quelle mesure il s'applique à eux, sur une échelle de likert de 5 points allant de *jamais vrai* à *très souvent vrai*. Chaque sous-échelle comprend cinq items et peut donc varier entre 0 et 20. Plus un score est élevé, plus l'individu a fait l'objet de mauvais traitements durant son enfance. L'outil est largement utilisé dans la littérature scientifique et sa version française a déjà été validée (Paquette, Laporte, Bigras et Zoccolillo, 2004). Dans l'échantillon, les alphas de Cronbach sont de 0,55 (négligence physique), 0,64 (abus sexuels), 0,72 (négligence et abus émotionnels) et de 0,76 (abus physiques). Les statistiques descriptives sont présentées au tableau II.

Tableau II. Statistiques descriptives des traumatismes vécus durant l'enfance

	Moyenne	Écart-type	Min	Max
Négligence émotionnelle	5,41	5,83	0	19
Abus physique	3,16	4,02	0	19
Abus émotionnel	3,90	4,07	0	19
Négligence physique	2,97	3,13	0	12
Abus sexuel	1,25	2,65	0	19

Les paramètres de la délinquance

Le *Self-Report of offending-Revised* (SRO-R) (Huizinga, Esbensen et Weiher, 1991) est un outil permettant de mesurer la délinquance autorévolée. Il s'agit d'un instrument validé et utilisé largement dans la littérature scientifique (Piquero, Farrington et Blumstein, 2003). Le questionnaire couvre un total de 30 crimes pour lesquels il est demandé aux participants d'indiquer s'ils l'avaient commis dans les 12 mois précédant leur incarcération et si oui, combien de fois. Tant les crimes de nature violente (utilisation d'armes, vol qualifié, menace et intimidation, voies de fait, agression armée, agression sexuelle, etc.) que non violente (troubler la paix, méfait, vol simple, introduction par effraction, trafic de drogues, recel, fraude, etc.) sont couverts. Son adaptation française (Guay et Laurier, 2015) est utilisée afin d'estimer les paramètres de la délinquance soient, la précocité, la diversité, la fréquence et la gravité. Les statistiques descriptives sont présentées au tableau III.

Chacune des questions du SRO-R a d'abord été associée à une infraction officielle. Ces infractions officielles ont par la suite été regroupées selon les mêmes catégories que Statistique Canada. Les catégories formées sont donc les crimes contre la personne (incluant les sous catégories des menaces, du vol qualifié, d'agression sexuelle, de voies de fait et le fait de décharger une arme à feu), les crimes contre les biens (incluant les sous catégories d'incendie, d'introduction par effraction, de vol de plus et de moins de 5000 \$, de fraude et de méfait), le trafic de stupéfiants et une catégorie autre.

La *précocité* représente l'âge moyen du participant au moment de la commission de ses premiers délits rapportés dans chacune des catégories. Les participants présentent une moyenne de 14,2 ans, variant entre 8,6 et 22 ans.

La *diversité* consiste en la somme des types d'infractions, parmi les 30 proposés pour lesquelles les participants ont rapporté les avoir commis au moins une fois dans les douze mois précédant l'incarcération. Les participants rapportent en moyenne 9,4 infractions différentes, variant entre 0 et 23.

La *fréquence* représente le nombre total d'infractions commises pendant les douze mois précédant l'incarcération. Le logarithme, permettant une distribution normale des données, a été utilisé et varie entre 0,30 et 5,24.

Enfin, la *gravité moyenne* consiste en la somme de l'indice de gravité de la criminalité telle que calculée par Statistique Canada pour chacune des infractions rapportées par le

participant, divisée par le nombre total d'infractions rapportées. La mesure renseigne donc sur la gravité d'un seul crime, en admettant que tous les crimes commis par l'individu aient une valeur égale. Les scores obtenus ont ensuite été divisés en six catégories pour former une mesure variant entre 0 et 6¹.

Tableau III. Statistiques descriptives des paramètres de la délinquance

	Moyenne	Écart-type	Min	Max
Diversité	9,40	5,66	0	23
Précocité	14,18	2,04	8,63	22
Fréquence	2,32	0,92	0,30	5,24
Gravité moyenne	2,75	1,19	0	6

2.3 Stratégie analytique

Pour répondre au premier objectif, des statistiques descriptives ont été effectuées pour dresser un portrait de la victimisation vécue en contexte de délinquance, des symptômes de troubles de santé mentale des jeunes contrevenants et de la présence des traits de la personnalité psychopathique. Ensuite, pour répondre au deuxième objectif, des corrélations et des tests de moyenne ont été effectuées entre les variables de victimisation, de santé mentale et de psychopathie. Finalement, pour répondre au troisième objectif, des analyses de modération ont été faites pour tester l'effet modérateur de la psychopathie et de ses dimensions sur la relation entre la VCD et la santé mentale, tout en contrôlant avec la maltraitance durant l'enfance et les paramètres de la délinquance.

La modération

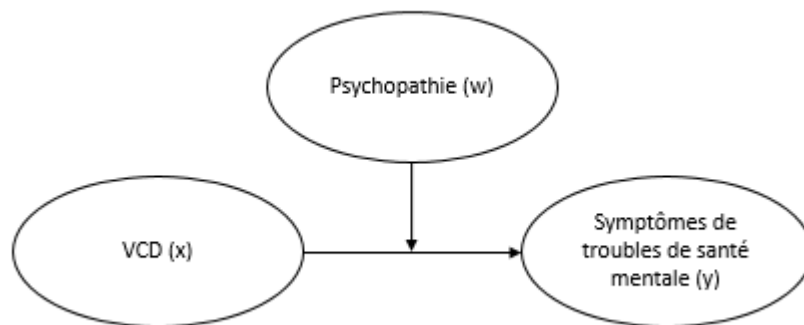
Une variable dite modératrice, un effet de modération ou l'interaction entre deux variables sont toutes des façons de dire qu'une variable *W* produit un effet sur la relation entre

¹ Les scores ont été catégorisés selon la formule suivante : 0- scores variant entre 0 et 25; 1-scores entre 26 et 50; 2-scores entre 51 et 75; 3- scores entre 76 et 100; 4-scores entre 101 et 125; 5- scores entre 126 et 150; 6- scores de plus de 151.

une variable X et une variable Y . Ainsi, la variable W peut modifier la force et/ou la direction (positive ou négative) de la relation entre X et Y . Autrement dit, lorsque la relation entre deux variables dépend d'une tierce variable, il est question de modulation. L'identification de variables modératrice permet ainsi d'établir les limites et les conditions dans lesquelles une relation significative est présente entre deux variables. Il est dès lors possible de déterminer pour quel type d'individus et à quelle ampleur une variable a un effet sur l'autre (Hayes, 2018). Dans la présente étude, la personnalité psychopathique est testée comme variable modératrice de la relation entre la VCD et les symptômes de troubles de santé mentale chez les jeunes contrevenants. Le schéma conceptuel de cette relation est présenté à la figure 1.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 25. La macro PROCESS (Hayes, 2018), complément s'intégrant à SPSS, est utilisée afin de faire ces analyses. Bien qu'il soit possible de tester l'effet modérateur d'une variable en faisant une suite de régressions, la macro offerte par Hayes permet de réduire le risque d'erreurs et permet d'estimer à partir de quelle valeur de W , l'effet de modulation est significatif (Hayes, 2018). De plus, la macro permet de centrer automatiquement les variables à l'étude, facilitant ainsi l'interprétation des résultats, d'isoler la variance totale expliquée à la fois par le modèle et par l'effet d'interaction seulement ainsi que de produire les représentations graphiques des effets de modérations (Hayes, 2018).

Figure 1. Schéma conceptuel de l'effet de modulation de la psychopathie sur la relation entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et les symptômes de troubles de santé mentale



Chapitre 3 : Résultats

3.1 Objectif 1 : Portrait sommaire des symptômes de troubles de santé mentale, de la victimisation vécue en contexte de délinquance et de la présence de traits de personnalité psychopathique chez les jeunes contrevenants

3.1.1 Symptômes de troubles de santé mentale

Les statistiques descriptives des symptômes de troubles de santé mentale, tels qu'évalués par le MAYSI-2 sont présentés au tableau IV. Les scores continus et la prévalence pour chacun des seuils cliniques, tels que définis par Grisso et al. (2001) sont présentés.

Tableau IV. Statistiques descriptives des scores au MAYSI-2.

	Moyenne	Écart-type	Min	Max	Zone normale ¹	Zone à risque ²	Zone danger ³
Alcool-drogue	4,17	2,42	0	8	82 (41,2%)	77 (38,7%)	40 (20,1%)
Colère-irritabilité	4,42	2,37	0	9	101 (51,0%)	81 (40,9%)	16 (8,1%)
Dépression-anxiété	2,44	1,96	0	9	118 (59,2%)	62 (31,2%)	19 (9,5%)
Idéations suicidaires	0,46	0,93	0	5	177 (88,5%)	14 (7,0%)	9 (4,5%)

¹ La zone normale représente les scores entre 0 et 3 pour l'alcool-drogue, entre 0 et 4 pour la colère-irritabilité, entre 0 et 2 pour la dépression-anxiété et entre 0 et 1 pour les idéations suicidaires.

² La zone à risque représente les scores entre 4 et 6 pour l'alcool-drogue, entre 5 et 7 pour la colère-irritabilité, entre 3 et 5 pour la dépression-anxiété et de 2 pour les idéations suicidaires.

³ La zone danger représente les scores entre 7 et 8 pour l'alcool-drogue, entre 8 et 9 pour la colère-irritabilité, entre 6 et 9 pour la dépression-anxiété et entre 3 et 5 pour les idéations suicidaires.

Symptômes extériorisés

Parmi l'échantillon, un participant sur 5 (20,1%) se trouve dans la zone clinique «danger» en ce qui a trait à la consommation d'alcool-drogue, signifiant une nécessité de prise

en charge de la problématique rapide. Il s'agit du symptôme pour lequel il y a le plus de participants dans cette zone. Le reste de l'échantillon se divise entre la zone «à risque» (38,7%) et la zone «normale» (41,2%). En ce qui a trait à la colère-irritabilité, 8,1% des participants se trouvent dans la zone «danger», 40,9% dans la zone «à risque» et 51% dans la zone «normale».

Symptômes intériorisés

Plus de la moitié (59,2%) de l'échantillon se trouve dans la zone «normale» pour la dépression-anxiété. Cependant, plus d'un participant sur quatre (31,2%) se trouvent dans la zone «à risque» et 9,5% se trouvent dans la zone «danger». Quant aux idéations suicidaires, 88,5% de l'échantillon se trouve dans la zone «normale», 7% dans la zone «à risque» et 4,5% dans la zone «danger».

3.1.2 Victimisation en contexte de délinquance

Un grand nombre de participants ont été victimes sous une forme ou sous une autre dans un contexte de délinquance. En effet, 175 (87,5%) participants ont rapporté avoir vécu au moins un événement de VCD parmi les quatre proposés. Les statistiques descriptives de ces événements sont présentées aux tableaux V et VI.

Tableau V. Statistiques descriptives de la victimisation en contexte de délinquance

	Non (jamais)	Oui (au moins une fois)	Une fois	2 ou 3 fois	Plus de 3 fois	Total
Au cours de ma vie j'ai déjà...						
vu quelqu'un être poignardé	69 (34,7%)	130 (65,3%)	50 (25,1%)	40 (20,1%)	40 (20,1%)	199
vu quelqu'un mourir	109 (55,1%)	89 (44,9%)	56 (28,3%)	21 (10,6%)	12 (6,1%)	198
été poignardé	144 (72,4%)	55 (27,6%)	43 (21,6%)	12 (6%)	0 (0%)	177
été blessé lors d'un délit (oui/non)	85 (42,5%)	115 (57,5%)	-	-	-	200
	Moyenne		Écart-type		Min	Max
Diversité VCD (0-4) ¹	1,96		1,20		0	4
Fréquence moyenne VCD (0-3) ²	0,76		0,66		0	2,67

¹ Les diversités de la VCD représentent le nombre d'items de VCD total pour lesquels l'individu a indiqué avoir vécu au moins une fois.

² La fréquence moyenne de victimisation représente la fréquence moyenne des 3 premiers items de victimisation (avoir vu quelqu'un être poignardé, avoir vu quelqu'un mourir et avoir été poignardé).

Tableau VI. Description détaillée des événements de victimisation vécus.

Au cours de ma vie, j'ai déjà...	Ami proche	Connaissance	Inconnu	Total¹
vu quelqu'un être poignardé	140 (42,6%)	103 (31,3%)	86 (26,1%)	329
vu quelqu'un mourir	95 (55,6%)	44 (25,7%)	32 (18,7%)	171
	Connais son agresseur	A craint pour sa vie	Est allé à l'hôpital	
été poignardé	42(48,8%)	29 (34,1%)	39 (45,3%)	86

¹ Les participants peuvent avoir vécu plus d'une fois chaque type d'événement. Le total réfère au nombre total d'événements rapportés par l'ensemble des participants.

Au cours de leur vie, près du deux tiers (65,3%) des participants ont déjà vu quelqu'un être poignardé au moins une fois. Un participant sur cinq (20,1%) a vécu cet événement plus de trois fois. Au total, les participants rapportent 329 événements uniques de ce type. Parmi ceux-ci, la victime était un ami proche du participant dans 140 (42,6%) cas et une connaissance dans 103 (31,3%). Un peu moins de la moitié (44,9%) des participants ont déjà vu quelqu'un mourir. Une proportion plus faible (6,1%) a déjà vécu ce type d'événement plus de trois fois. Les participants rapportent 171 événements de ce type. Parmi ceux-ci, dans 95 (55,6%) cas, la victime était un ami proche du participant et dans 44 (25,7%) cas, il s'agissait d'une connaissance. Un peu plus du quart (27,6%) des participants a déjà été poignardé au moins une fois. Quelques-uns (6%) l'ont été entre deux et trois fois. Au total, les participants rapportent 86 événements de ce type parmi lesquels le participant connaissait son agresseur dans 42 (48,8%) cas. Dans 29 (34,1%) cas, le participant a craint pour sa vie et dans 39 (45,3%) cas, ce dernier a dû aller à l'hôpital pour se faire soigner. Enfin, plus de la moitié (57,5%) des participants ont rapporté s'être déjà blessé lors de la commission d'un délit.

En moyenne, les participants rapportent ainsi avoir vécu 1,96 événement de VCD parmi les quatre proposés, au moins une fois au cours de leur vie. Pour 23 (11,5%) participants, la totalité des quatre événements s'est déjà produite au cours de leur vie. Les participants

rapportent une fréquence moyenne de 0,76 fois les événements rapportés au cours de leur vie (avoir vu quelqu'un être poignardé, avoir vu quelqu'un mourir et avoir été poignardé).

3.1.3 La personnalité psychopathique et ses dimensions

Les scores reliés aux traits de la personnalité psychopathique, tels que mesurés par l'outil auto-révéleé SRP-III-SF sont présentés au tableau VII. Chacune des dimensions, ainsi que le score total s'y trouvent.

Tableau VII. Statistiques descriptives de la psychopathie et de ses dimensions¹

	Moyenne	Écart-type	Min	Max
Score total	89,24	15,47	45	125
Dimensions affective	19,90	3,44	7	29
Dimension interpersonnelle	21,58	5,40	7	35
Dimension style de vie	22,68	4,51	11	34
Dimension antisociale	25,24	5,71	12	40

¹Le nombre d'items pour les dimensions affective, interpersonnelle et style de vie est le même et peuvent donc être comparés. La dimension antisociale comporte cependant un item supplémentaire.

Les participants présentent un score moyen de 89,24 au score total de la psychopathie, variant entre 45 et 125. Pour ce qui est des dimensions, sur une possibilité de scores variant entre 7 et 35, on retrouve des moyennes de 19,90 (affective), de 21,58 (interpersonnelle), et de 22,68 (style de vie). Quant à la dimension antisociale, sur une possibilité de scores variant entre 8 et 40, on retrouve une moyenne de 25,24. Les quatre dimensions sont toutes moyennement et positivement corrélées entre elles, présentant des coefficients *r* de Pearson (présentés au tableau VIII) variant entre 0,40 et 0,61.

Tableau VIII. Corrélations entre les dimensions de la psychopathie

	Affective	Interpersonnelle	Style de vie	Antisociale
Affective	1			
Interpersonnelle	0,60***	1		
Style de vie	0,51***	0,59***	1	
Antisociale	0,40***	0,61***	0,47***	1

* p≤0,05 ** p≤0,01 p≤0,001

3.2 Objectif 2 : Documenter les liens entre la victimisation en contexte de délinquance, la psychopathie et la santé mentale

3.2.1 Santé mentale et victimisation en contexte de délinquance

Afin d'examiner les liens entre les symptômes de troubles de santé mentale et la VCD des jeunes contrevenants, chacun des items de la VCD a d'abord été mis en lien avec les variables du MAYSI-2 à l'aide de corrélations et de tests de moyennes. Ensuite, la fréquence moyenne de VCD ainsi que la diversité de la VCD vécu ont à leur tour été corrélées avec les variables du MAYSI-2. Les résultats des corrélations sont présentés au tableau IX et les résultats des tests de moyennes sont présentés au tableau X. Pour chacun de ces tests, il s'agit de tests non-paramétriques, chacune des échelles des symptômes de troubles de santé mentale ne présentant pas une distribution normale.

Tableau IX. Corrélations victimisation en contexte de délinquance et symptômes de troubles de santé mentale

	déjà vu quelqu'un être poignardé (fréquence)	déjà vu quelqu'un mourir (fréquence)	déjà été poignardé (fréquence)	Fréquence moyenne VCD	diversité VCD
alcool-drogue	0,13	-0,02	0,12	0,08	0,22**
colère-irritabilité	0,23***	0,11	0,12	0,22**	0,27***
dépression-anxiété	0,22**	0,23***	0,24***	0,29***	0,34***
Pensées suicidaires	0,18**	0,16*	0,12	0,21**	0,24***

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Troubles extériorisés

La consommation d'alcool-drogue apparaît liée significativement et positivement à la diversité d'exposition à la VCD ($\rho=0,22$; $p \leq 0,01$). De plus, les participants rapportant s'être déjà blessé dans le cadre d'un acte délinquant (médiane=5) rapportent aussi davantage de consommation d'alcool-drogue que ceux ne s'étant jamais blessé (médiane=3) ($z=-4,09$; $p \leq 0,01$). Quant à la colère-irritabilité apparaît être significativement et positivement liée à la fréquence moyenne de VCD ($\rho=0,22$; $p \leq 0,01$) ainsi qu'à la diversité de l'exposition à la VCD

($\rho=0,27$; $p\leq 0,001$). Parmi les items spécifiques de la VCD, seulement la fréquence à laquelle les participants rapportent avoir déjà vu quelqu'un être poignardé y apparaît significativement liée ($\rho=0,23$; $p\leq 0,01$). Les participants rapportant s'être déjà blessé dans le cadre d'un acte délinquant rapportent également davantage de colère-irritabilité (médiane=5) que ceux n'en rapportant rien (médiane=3) ($z=-2,86$; $p\leq 0,01$).

Tableau X. Comparaison des symptômes de troubles de santé mentale selon le fait de s'être déjà blessé en commettant un délit

	Au cours de ma vie, j'ai déjà été blessé en commettant un délit			
	Médiane (rang moyen)			
	oui	non	z	n
Alcool-drogue***	5,0 (109,8)	3,0 (76,9)	-4,09	191
Colère-irritabilité**	5,0 (107,8)	3,5 (84,5)	-2,86	195
Dépression-anxiété	2,0 (104,2)	2,0 (89,6)	-1,81	195
Pensées suicidaires	0,0 (103,3)	0,0 (91,9)	-1,79	196

* $p\leq 0,05$ ** $p\leq 0,01$ *** $p\leq 0,001$

Troubles intériorisés

La dépression-anxiété apparaît être significativement et positivement liée à VCD, tant à ses items spécifiques (sauf le fait de s'être déjà blessé lors d'un délit) ($\rho=0,22$ à $0,24$; $p\leq 0,01$) qu'à sa fréquence moyenne ($\rho=0,29$; $p\leq 0,001$) et à sa diversité ($\rho=0,34$; $p\leq 0,001$). Les pensées suicidaires apparaissent aussi être liées significativement et positivement à la VCD, en ce qui a trait à deux de ses items spécifiques (fréquence à laquelle les participants rapportent avoir vu quelqu'un se faire poignardé et avoir vu quelqu'un mourir; $\rho=0,18$; $p\leq 0,01$ et $\rho=0,16$; $p\leq 0,05$) et en ce qui a trait à sa fréquence moyenne ($\rho=0,21$; $p\leq 0,01$) et à sa diversité ($\rho=0,24$; $p\leq 0,001$). Dans le cas des troubles extériorisés comme intériorisés, la diversité d'exposition à la VCD y est plus fortement corrélée que la fréquence moyenne.

3.2.2 Psychopathie et santé mentale

Dans le but d'examiner les liens entre la personnalité psychopathique et les symptômes de troubles de santé mentale, des corrélations ont été effectuées entre chacune des dimensions de la personnalité psychopathique, son score total et les troubles de santé mentale. Encore, les analyses sont non-paramétriques étant donné la distribution non normale des symptômes de troubles de santé mentale. Les coefficients sont présentés au tableau XI.

Tableau XI. Corrélations entre la psychopathie et les symptômes de troubles de santé mentale

	Style de vie	antisociale	interpersonnelle	affective	Score total
alcool-drogue	0,30***	0,33***	0,31***	0,15*	0,35***
colère-irritabilité	0,34***	0,35***	0,30***	0,19**	0,36***
dépression-anxiété	0,26***	0,18*	0,29***	0,21**	0,29***
pensées suicidaires	0,16*	0,12	0,17*	0,16*	0,18*

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Les dimensions, comme le score total, de la personnalité psychopathique apparaissent toutes liées positivement à chacun des symptômes de troubles de santé mentale ($rho=0,15$ à $0,36$; $p \leq 0,05$), à l'exception de la dimension antisociale qui n'apparaît pas significativement liée aux pensées suicidaires. Ainsi, plus les participants ont affiché des scores élevés à la personnalité psychopathique, plus leurs symptômes en ce qui a trait à chacun des troubles de santé mentale étaient élevés (à l'exception de la relation entre la dimension antisociale et les pensées suicidaires).

3.2.3 Psychopathie et victimisation en contexte de délinquance

Des corrélations ont également été effectuées afin d'examiner les liens entre la personnalité psychopathique et les symptômes de troubles de santé mentale. Les coefficients sont présentés au tableau XII. Seules les dimensions de la psychopathie et la diversité d'exposition à la VCD présentent des distributions normales. Ainsi, les corrélations entre ces

variables sont paramétriques. Comme lors des analyses précédentes, les autres corrélations effectuées entre les items spécifiques de la VCD, la fréquence moyenne et les dimensions de la psychopathie sont quant à elles non-paramétriques.

Tableau XII. Corrélations entre la psychopathie et la victimisation en contexte de délinquance

	déjà vu quelqu'un être poignardé (fréquence)	déjà vu quelqu'un mourir (fréquence)	déjà été poignardé (fréquence)	Fréquence moyenne VCD	diversité VCD
Affective	0,27***	0,19**	0,16*	0,29***	0,22**
Interpersonnelle	0,16*	0,05	0,14	0,16*	0,19**
Style de vie	0,16*	0,11	0,02	0,15*	0,23**
Antisociale	0,38***	0,20**	0,24**	0,38***	0,44***
Score total	0,29***	0,15*	0,18*	0,29***	0,35***

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Le score total de la psychopathie apparaît lié significativement et positivement avec tous les items de la VCD ($\rho = 0,15$ à $0,29$; $p \leq 0,05$) ainsi qu'avec ses échelles (fréquence moyenne et diversité) ($\rho = 0,29$ et $0,35$; $p \leq 0,001$). Il en est de même pour les dimensions affective ($\rho = 0,16$ à $0,29$; $p \leq 0,05$) et antisociale ($\rho = 0,20$ à $0,44$; $p \leq 0,01$). Ainsi, plus les participants ont affiché des scores élevés aux dimensions affective ou antisociale, plus leurs scores étaient élevés à la VCD.

Quant aux dimensions interpersonnelle et style de vie, elles apparaissent être liées significativement et positivement uniquement avec l'item de la fréquence à laquelle les participants rapportent avoir déjà vu quelqu'un être poignardé ($\rho = 0,16$; $p \leq 0,05$), avec la fréquence moyenne de VCD ($\rho = 0,16$ et $0,15$; $p \leq 0,05$) ainsi qu'à la diversité d'exposition à la VCD ($\rho = 0,19$ et $0,23$; $p \leq 0,01$).

3.3 Objectif 3 : Tester l'effet potentiellement modérateur de la psychopathie sur la relation entre la victimisation en contexte de délinquance et les symptômes de troubles de santé mentale.

Afin d'expliquer l'ampleur des symptômes de troubles de santé mentale, des régressions linéaires multiples ont été effectuées. Pour chacun des modèles présentés, la diversité d'exposition à la VCD, les dimensions de la psychopathie et leur effet d'interaction, les traumatismes vécus durant l'enfance ainsi que les paramètres de la délinquance ont été intégrés aux modèles. Seules les variables ayant présenté un lien significatif avec la variable dépendante (symptômes de troubles de santé mentale) au niveau bivarié ont été intégrées dans chacun des modèles. Ces liens entre les variables contrôles et les symptômes de troubles de santé mentale sont présentés au tableau XIII. La variable de VCD utilisée est la diversité d'exposition, plutôt que la fréquence moyenne, car elle était corrélée significativement avec toutes les dimensions de la psychopathie et avec tous les symptômes de troubles de santé mentale.

Tableau XIII. Corrélations entre les variables contrôles et les variables dépendantes

	Alcool- drogue	Colère- irritabilité	Dépression- anxiété	Pensées suicidaires
<i>Paramètres délinquance (SRO)</i>				
Diversité	0,39***	0,39***	0,09	0,07
Fréquence	0,28***	0,22**	0,12	0,04
Gravité	0,00	-0,03	0,04	-0,03
Âge 1 ^{er} délit	-0,26***	-0,27***	-0,18*	-0,22**
<i>Traumatismes enfance (CTQ)</i>				
Négligence émotionnelle	0,17*	0,16*	0,25***	0,25***
Abus physique	0,21**	0,22**	0,26**	0,29***
Abus émotionnel	0,28***	0,29***	0,41***	0,36***
Négligence physique	0,08	0,13	0,24***	0,20**
Abus sexuel	0,03	0,16*	0,25***	0,21**

* p≤0,05 ** p≤0,01 p≤0,001

Les variables contrôles alors incluses dans les modèles expliquant la consommation d'alcool-drogue ainsi que la colère-irritabilité se trouvent à être les mêmes : la diversité des délits ($\rho=0,39$; $p\leq 0,001$), la fréquence des délits ($\rho=0,28$; $p\leq 0,001$; $\rho=0,22$; $p\leq 0,01$), l'âge au premier délit rapporté ($\rho=-0,26$; $p\leq 0,001$; $\rho=-0,27$; $p\leq 0,001$), la négligence émotionnelle ($\rho=0,17$; $p\leq 0,05$; $\rho=0,16$; $p\leq 0,05$), l'abus physique ($\rho=0,21$; $p\leq 0,01$; $\rho=0,22$; $p\leq 0,01$) et l'abus émotionnel ($\rho=0,28$; $p\leq 0,001$; $\rho=0,29$; $p\leq 0,001$).

Quant aux variables contrôles incluses dans les modèles expliquant la dépression-anxiété et les pensées suicidaires, elles sont aussi les mêmes : l'âge au premier délit rapporté ($\rho=-0,18$; $p\leq 0,05$; $\rho=-0,22$; $p\leq 0,01$), la négligence émotionnelle ($\rho=0,25$; $p\leq 0,001$), l'abus physique ($\rho=0,26$; $p\leq 0,01$; $\rho=0,29$; $p\leq 0,001$), l'abus émotionnel ($\rho=0,41$; $p\leq 0,001$; $\rho=0,36$; $p\leq 0,001$), la négligence physique ($\rho=0,24$; $p\leq 0,001$; $\rho=0,20$; $p\leq 0,01$) et l'abus sexuel ($\rho=0,25$; $p\leq 0,001$; $\rho=0,21$; $p\leq 0,01$).

Les tableaux XIV à XVII présentent les résultats des régressions linéaires multiples effectuées afin d'expliquer respectivement, les symptômes des participants à ce qui a trait à la consommation d'alcool-drogue, la colère-irritabilité, la dépression-anxiété et les pensées suicidaires. Pour chacun des tableaux, les modèles 1 à 5 présentent, dans l'ordre, les effets d'interaction entre la VCD et les dimensions affective, interpersonnelle, style de vie et antisociale et finalement, avec le score total de la psychopathie.

3.3.1 Consommation d'alcool-drogue

Bien que chacune des variables incluses dans les modèles était liées significativement à la consommation d'alcool-drogue au niveau bivarié, aucune n'apparaît significative lorsqu'elles sont contrôlées les unes par les autres dans un même modèle. De plus, aucun des modèles n'a permis de détecter un effet d'interaction entre la VCD et la psychopathie afin d'expliquer la consommation d'alcool-drogue. Ces résultats sont présentés au tableau XIV.

3.3.2 Colère-irritabilité

Parmi les modèles testés afin d'expliquer les symptômes de colère-irritabilité (voir tableau XV), la VCD ($b=0,14$; $p\leq 0,05$) apparaît significativement et positivement liée à la colère-irritabilité dans les modèles 2 et 5 seulement. Pour ce qui est des dimensions de la

psychopathie, la dimension affective ($b=-0,06; p\leq 0,05$) apparaît significativement et négativement liée à la colère-irritabilité dans les modèles 1, 2 et 4. La dimension style de vie ($b=0,04$ à $0,05; p\leq 0,05$) apparaît quant à elle significativement et positivement liée à la colère-irritabilité dans les modèles 1, 3 et 4. Les dimensions interpersonnelle et antisociale, tout comme le score total de la psychopathie n'apparaissent pas significatives dans aucun des modèles. De plus, aucun des modèles n'a permis de détecter un effet d'interaction entre la VCD et la psychopathie afin d'expliquer les symptômes des participants au niveau de la colère-irritabilité. Quant aux paramètres de la délinquance, seule la diversité des délits rapportés ($b=0,03$ à $0,04; p\leq 0,05$) apparaît significativement et positivement liée à la colère-irritabilité dans tous les modèles. Enfin, aucun des types de maltraitance vécus durant l'enfance n'apparaît significativement lié aux symptômes de colère-irritabilité.

En résumé, les résultats indiquent que la variance des scores aux symptômes de colère-irritabilité peut être expliquée en partie par la VCD, les dimensions affective et style de vie de la psychopathie et la diversité des délits rapportés. Aucun effet d'interaction entre les variables de la VCD et de la psychopathie n'est toutefois observé.

Tableau XIV. Modèles explicatifs de la consommation d'alcool-drogue avec effets d'interaction entre la VCD et chacune des dimensions de la personnalité psychopathique ainsi que son score total

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4			Modèle 5		
	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t
Constante	-1,06	0,89	-1,19	0,10	1,06	0,09	0,85	0,97	0,88	0,36	0,86	0,41	0,21	0,61	0,34
VCD	0,09	0,07	1,23	0,09	0,08	1,25	0,09	0,07	1,27	0,09	0,07	1,29	0,09	0,07	1,38
<i>Psychopathie</i>															
Affective	-0,05	0,03	-1,83	-0,05	0,03	-1,81	-0,05	0,03	-1,81	-0,05	0,03	-1,81	-	-	-
Interpersonnelle	0,00	0,02	0,15	0,00	0,02	0,22	0,00	0,02	0,18	0,00	0,02	0,19	-	-	-
Style de vie	0,04	0,02	1,87	0,04	0,02	1,72	0,04	0,02	1,82	0,04	0,02	1,71	-	-	-
Antisociale	0,01	0,02	0,71	0,01	0,02	0,65	0,01	0,02	0,70	0,01	0,02	0,69	-	-	-
Score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,01	0,79
VCD * affective	0,01	0,02	0,46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD * interpersonnelle	-	-	-	-0,01	0,01	-0,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD * style de vie	-	-	-	-	-	-	0,00	0,02	0,14	-	-	-	-	-	-
VCD * antisociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,01	-0,37	-	-	-
VCD * score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00	-0,43
<i>Paramètres délinquance</i>															
Précocité	-0,07	0,04	-1,68	-0,07	0,04	-1,62	-0,07	0,04	-1,65	-0,06	0,04	-1,61	-0,06	0,04	-1,50
Diversité	0,02	0,02	1,01	0,02	0,02	1,04	0,02	0,02	0,99	0,02	0,02	0,99	0,02	0,02	1,40
Fréquence	0,15	0,10	1,51	0,14	0,10	1,44	0,15	0,10	1,50	0,15	0,15	1,48	0,15	0,10	1,49
<i>Maltraitance à l'enfance</i>															
Négligence émotionnelle	0,00	0,02	0,06	0,00	0,02	0,01	0,00	0,02	0,03	0,00	0,02	-0,01	-0,01	0,02	-0,30
Abus physique	0,02	0,02	1,02	0,02	0,02	0,87	0,02	0,02	0,97	0,02	0,02	0,96	0,01	0,02	0,67
Abus émotionnel	0,03	0,03	1,04	0,03	0,03	1,30	0,03	0,03	1,15	0,03	0,03	1,23	0,03	0,03	1,25
R ² =	0,25			0,25			0,24			0,24			0,22		
R ² variation=	0,001			0,002			0,001			0,001			0,001		
F=	4,01***			4,03***			3,99***			4,00***			4,64***		
Johnson-Neyman (%)=	n/a			n/a			n/a			n/a			n/a		

*p≤0,05 **p≤0,01 ***p ≤0,001

ⁱ VCD et variables modératrices sont centrées à la moyenne

Tableau XV. Modèles explicatifs de la colère-irritabilité avec effets d'interaction entre la VCD et chacune des dimensions de la personnalité psychopathique ainsi que son score total

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4			Modèle 5		
	b ¹	e-t	t	b ¹	e-t	t	b ¹	e-t	t	b ¹	e-t	t	b ¹	e-t	t
Constante	-1,04	0,88	-1,18	0,11	1,05	0,11	0,87	0,96	0,91	0,49	0,84	0,59	0,29	0,61	0,48
VCD	0,13	0,07	1,87	0,14	0,07	1,96*	0,13	0,07	1,93	0,13	0,07	1,92	0,14	0,07	2,12*
Psychopathie															
Affective	-0,06	0,03	-2,02*	-0,06	0,03	-2,02*	-0,05	0,03	-1,90	-0,06	0,03	-2,03*	-	-	-
Interpersonnelle	0,00	0,02	-0,02	0,00	0,02	0,05	0,00	0,02	-0,08	0,00	0,02	0,04	-	-	-
Style de vie	0,04	0,02	2,04*	0,04	0,02	1,93	0,05	0,02	2,11*	0,04	0,02	2,00*	-	-	-
Antisociale	0,02	0,02	0,86	0,02	0,02	0,84	0,02	0,02	1,06	0,02	0,02	0,85	-	-	-
Score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	0,01	0,84
VCD* affective	0,01	0,02	0,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD *interpersonnelle	-	-	-	0,00	0,01	-0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD *style de vie	-	-	-	-	-	-	0,02	0,02	1,63	-	-	-	-	-	-
VCD *antisociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,005	0,01	0,43	-	-	-
VCD *score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00	0,48
Paramètres délinquance															
Précocité	-0,07	0,04	-1,65	-0,06	0,04	-1,59	-0,06	0,04	-1,62	-0,07	0,04	-1,63	-0,06	0,04	-1,47
Diversité	0,04	0,02	2,05*	0,04	0,02	2,03*	0,03	0,02	1,94*	0,04	0,02	2,03*	0,04	0,02	2,51**
Fréquence	0,00	0,10	0,04	0,00	0,10	0,00	0,02	0,10	0,22	0,00	0,10	0,02	0,00	0,10	0,01
Maltraitance à l'enfance															
Négligence émotionnelle	0,02	0,02	0,82	0,01	0,02	0,76	0,02	0,02	0,81	0,02	0,02	0,80	0,01	0,02	0,47
Abus physique	0,00	0,02	-0,10	0,00	0,02	-0,20	0,003	0,02	0,12	-0,004	0,02	-0,19	-0,01	0,02	-0,38
Abus émotionnel	0,03	0,02	1,07	0,03	0,03	1,22	0,03	0,03	1,00	0,03	0,03	1,18	0,03	0,03	1,07
R ² =		0,26			0,25			0,27			0,25			0,22	
R ² variation=		0,002			0,000			0,0129			0,009			0,0012	
F=		4,35***			4,30***			4,60***			4,32***			4,90***	
Johnson-Neyman (%)=		n/a			n/a			n/a			n/a			n/a	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

¹ VCD et variables modératrices sont centrées à la moyenne

3.3.3 Dépression-anxiété

Dans tous les modèles testés (voir tableau XVI), la VCD est significativement et positivement liée à la dépression-anxiété ($b=0,22$ à $0,24$; $p\leq 0,001$). Aucune des dimensions de la psychopathie, tout comme son score total, n'est apparue significativement liée à ces symptômes. Toutefois, le modèle 1 ($F=4,68$; $p\leq 0,001$) présente un effet d'interaction significatif entre la VCD et la dimension affective de la psychopathie ($b=0,03$; $p\leq 0,05$). Plus précisément, le modèle 1 indique que lorsque les valeurs de chaque variable dans le modèle sont maintenues constantes, pour chaque augmentation d'une unité du score à la VCD, le score de dépression-anxiété augmente de $0,22$ ($p\leq 0,001$). Toutefois, cet effet de la VCD sur la dépression-anxiété augmenterait de $0,03$ pour chaque augmentation d'une unité à la dimension affective ($p\leq 0,05$). Cet effet d'interaction est statistiquement significatif à partir du score centré à la moyenne de la dimension affective de $-2,22$ et plus, ce qui inclut $67,2\%$ de l'échantillon. Le modèle entier permet d'expliquer 27% de la variance du score de dépression-anxiété alors que l'effet d'interaction permet d'expliquer à lui seul $1,95\%$ de la variance.

La figure 2 présente graphiquement la relation entre la VCD et la dépression-anxiété, modérée par la dimension affective (graphique du haut) ainsi que la relation entre la dimension affective et la dépression-anxiété, modérée par la VCD (graphique du bas). Les trois droites des graphiques représentent la relation entre les deux variables mises en relation selon trois scores à la variable modératrice. Ces scores représentent les 16^e, 50^e et 84^e percentiles de la variable modératrice et peuvent être interprétés comme étant respectivement les scores «bas», «dans la moyenne» et «élevés» (Hayes, 2018). La figure 2 indique que dans tous les cas, la relation entre la VCD et la dépression-anxiété est positive. Toutefois, la force de la relation augmente lorsque le score à la dimension affective est élevé. Inversement, la relation entre la dimension affective et la dépression-anxiété apparaît négative lorsque la VCD est basse (16^e percentile), mais elle devient positive lorsque la VCD est élevée (84^e percentile).

Dans les modèles 2 à 5, seuls la VCD ($b=0,22$ à $0,24$; $p\leq 0,001$) ainsi que les abus émotionnels vécus durant l'enfance ($b=0,06$; $p\leq 0,05$) sont apparues significativement et positivement liées à la dépression-anxiété. Aucun effet d'interaction n'est apparu significatif entre les autres dimensions de la psychopathie (interpersonnelle, style de vie, antisocial), de même qu'entre le score total, et la VCD.

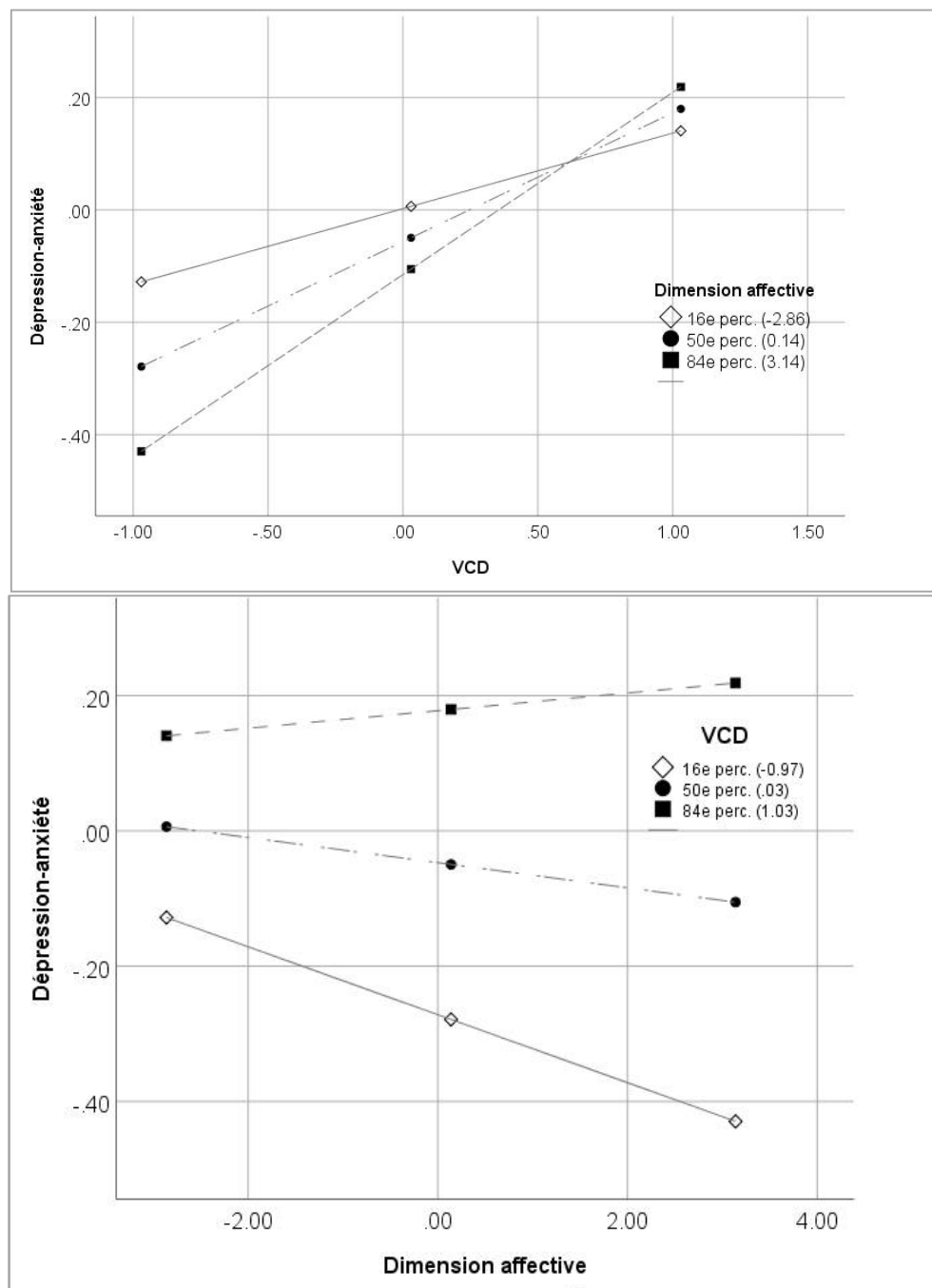
Tableau XVI. Modèles explicatifs de la dépression-anxiété avec effets d'interaction entre la VCD et chacune des dimensions de la personnalité psychopathique ainsi que son score total

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4			Modèle 5		
	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t	b ⁱ	e-t	t
Constante	-0,31	0,83	-0,37	0,53	0,99	0,53	0,45	0,91	0,49	-0,02	0,78	-0,21	0,22	0,52	0,43
VCD	0,22	0,07	3,38***	0,24	0,07	3,58***	0,24	0,07	3,60***	0,24	0,07	3,55***	0,22	0,06	3,43***
<i>Psychopathie</i>															
Affective	-0,02	0,03	-0,71	-0,02	0,03	-0,75	-0,02	0,03	-0,63	-0,02	0,03	-0,76	-	-	-
Interpersonnelle	0,01	0,02	0,70	0,02	0,02	0,91	0,02	0,02	0,83	0,02	0,02	0,92	-	-	-
Style de vie	0,03	0,02	1,38	0,02	0,02	1,01	0,03	0,02	1,23	0,02	0,02	1,05	-	-	-
Antisociale	-0,01	0,02	-0,57	-0,01	0,02	-0,65	-0,01	0,02	-0,42	-0,01	0,02	-0,66	-	-	-
Score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	0,01	1,04
VCD* affective	0,03	0,02	2,02*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD *interpersonnelle	-	-	-	0,00	0,01	0,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD *style de vie	-	-	-	-	-	-	0,03	0,01	1,93	-	-	-	-	-	-
VCD *antisociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,01	0,30	-	-	-
VCD *score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00	1,07
<i>Paramètres délinquance</i>															
Précocité	-0,05	0,04	-1,42	-0,04	0,04	-1,21	-0,04	0,04	-1,18	-0,05	0,04	-1,23	-0,04	0,04	-1,08
<i>Maltraitance à l'enfance</i>															
Négligence émotionnelle	0,02	0,02	1,09	0,02	0,02	0,95	0,02	0,02	0,98	0,02	0,02	0,96	0,02	0,02	0,86
Abus physique	-0,02	0,02	-0,75	-0,02	0,02	-0,98	-0,01	0,02	-0,66	-0,02	0,02	-1,01	-0,02	0,02	-0,96
Abus émotionnel	0,05	0,03	1,93	0,06	0,03	2,33*	0,06	0,03	2,13*	0,06	0,03	2,35*	0,06	0,03	2,29*
Négligence physique	0,00	0,03	-0,12	-0,01	0,03	-0,23	0,00	0,03	-0,12	-0,01	0,03	-1,19	-0,01	0,03	-0,24
Abus sexuel	0,03	0,03	0,75	0,03	0,03	0,83	0,03	0,03	0,83	0,03	0,03	0,82	0,03	0,03	0,98
R ² =	0,27			0,25			0,27			0,25			0,25		
R ² variation=	0,0195			0,0001			0,0179			0,0004			0,0055		
F=	4,68***			4,23***			4,64***			4,23***			5,63***		
Johnson-Neyman (%)=	-2,22 et plus (80,12%)			n/a			n/a			n/a			n/a		

*p≤0,05 **p≤0,01 ***p ≤0,001

ⁱ VCD et variables modératrices sont centrées à la moyenne

Figure 2. Représentations graphiques de l'interaction entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et la dimension affective pour expliquer la dépression-anxiété



Notes. Dépression-anxiété=score z, VCD et dimension affective sont centrées à la moyenne

3.3.4 Pensées suicidaires

Comme dans le cas de la dépression-anxiété, la VCD est significativement et positivement liée aux pensées suicidaires dans tous les modèles testés ($b=0,18$ à $0,20$; $p\leq 0,01$) (voir tableau XVII). Bien que le score total à la psychopathie ainsi qu'aucune de ses dimensions ne soit significativement lié aux pensées suicidaires, les modèles 1 et 3 présentent des effets d'interaction significatifs entre la VCD et respectivement, les dimensions affective ($b=0,04$; $p\leq 0,05$) et style de vie ($b=0,04$; $p\leq 0,05$). Plus précisément, le modèle 1 indique que lorsque les valeurs de chaque variable dans le modèle sont maintenues constantes, pour chaque augmentation d'une unité du score à la VCD, le score aux pensées suicidaires augmente de $0,18$ ($p\leq 0,01$). Toutefois, cet effet de la VCD sur les pensées suicidaires augmenterait de $0,04$ pour chaque augmentation d'une unité à la dimension affective ($p\leq 0,05$). Cet effet d'interaction est statistiquement significatif à partir du score centré à la moyenne de $-0,94$ et plus, ce qui inclut $68,3\%$ de l'échantillon. Le modèle entier permet d'expliquer 28% de la variance du score aux pensées suicidaires et l'effet d'interaction permet d'expliquer à lui seul $2,6\%$ de la variance.

La figure 3 représente graphiquement cet effet d'interaction entre la VCD et la dimension affective dans l'explication des pensées suicidaires. Comme dans le cas précédent, les trois droites présentées sont les liens entre la variable indépendante et les pensées suicidaires, selon que le score à la variable modératrice soit le 16^e, 50^e et 84^e percentile. Dans tous les cas, la relation entre la VCD et les pensées suicidaires est positive. Toutefois, la force de la relation augmente lorsque le score à la dimension affective est élevé. À l'inverse, comme ce fut le cas avec la dépression-anxiété, la relation entre la dimension affective et les pensées suicidaires est négative lorsque le score à la VCD est bas (16^e percentile), mais devient positive lorsque le score à la VCD est élevé (84^e percentile).

Le modèle 3 quant à lui, indique que lorsque les valeurs de chaque variable dans le modèle sont maintenues constantes, pour chaque augmentation d'une unité du score à la VCD, le score aux pensées suicidaires augmente de $0,20$ ($p\leq 0,01$). Toutefois, cet effet de la VCD sur les pensées suicidaires augmenterait de $0,04$ pour chaque augmentation d'une unité à la dimension style de vie ($p\leq 0,001$). Cet effet d'interaction est statistiquement significatif à partir du score centré à la moyenne de $-1,37$ et plus, ce qui inclut $65,3\%$ de l'échantillon. Le modèle

entier permet d'expliquer 29% de la variance du score aux pensées suicidaires et l'effet d'interaction permet d'expliquer à lui seul 3,2% de la variance.

La figure 4 présente graphiquement la relation entre la VCD et les pensées suicidaires, modérée par la dimension style de vie (haut) ainsi que la relation entre la dimension style de vie et les pensées suicidaires, modérée par la VCD. Dans tous les cas, la relation entre la VCD et les pensées suicidaires est positive. Toutefois, la force de la relation augmente lorsque le score à la dimension style de vie est élevé. Dans le cas de la relation entre la dimension style de vie et les pensées suicidaires, la relation est très légèrement négative lorsque le score à la VCD est bas (16^e percentile), elle devient positive à partir du 50^e percentile et augmente significativement en force lorsque la VCD est élevée (84^e percentile).

Outre ces effets d'interaction entre la VCD et les dimensions affective et style de vie, tous les modèles indiquent également que l'âge au premier délit rapporté ($b=-0,11$ à $-0,10$; $p\leq 0,01$) ainsi que les abus émotionnels vécus durant l'enfance ($b=0,07$ à $0,08$; $p\leq 0,05$) sont liés significativement aux pensées suicidaires. Ainsi, plus les participants ont débuté leurs activités délinquantes jeunes, plus ils affichaient des scores élevés aux pensées suicidaires. Aussi, plus les participants ont rapporté avoir vécu des abus émotionnels durant l'enfance, plus leurs scores aux pensées suicidaires étaient élevés.

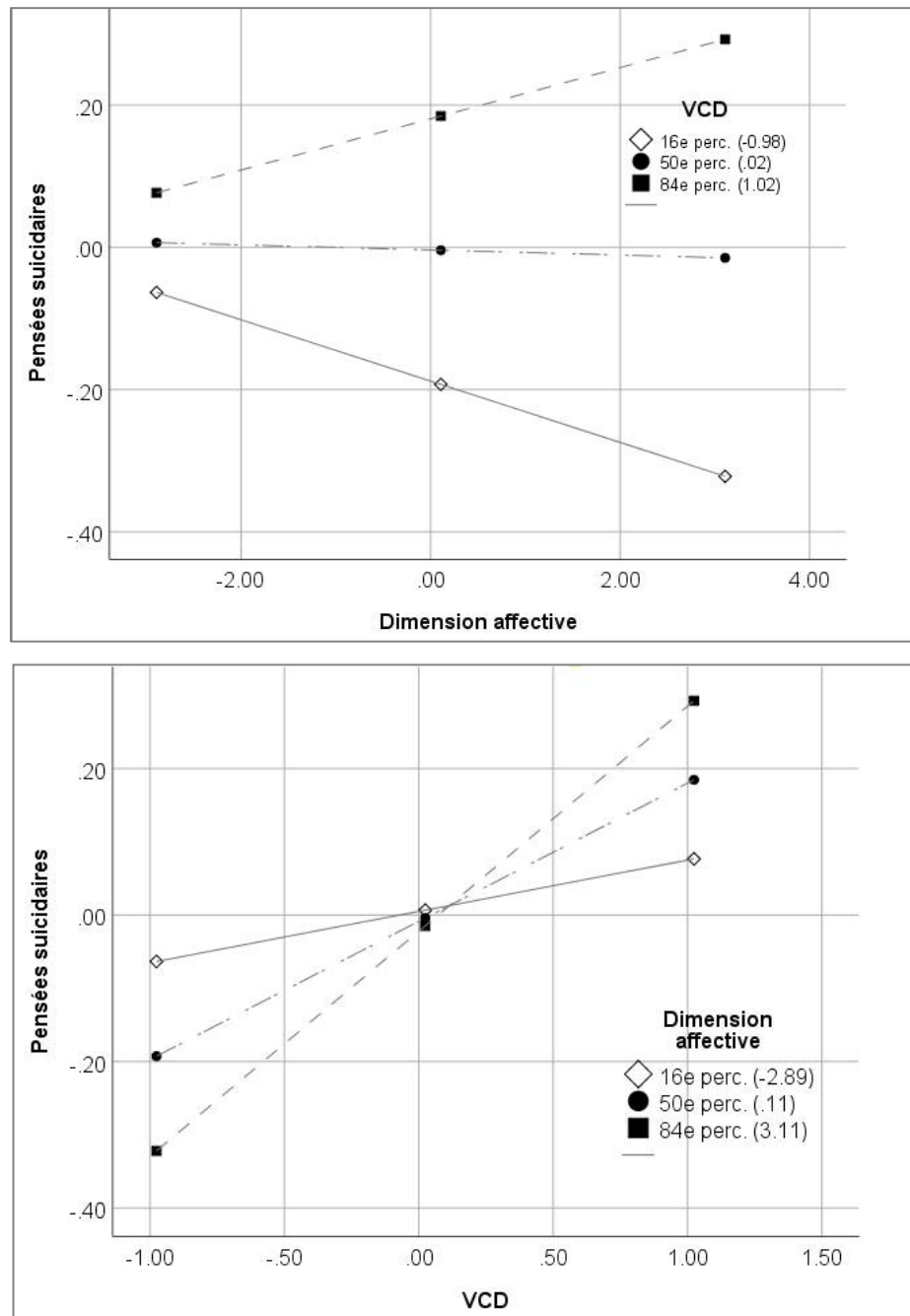
Tableau XVII. Modèles explicatifs des pensées suicidaires avec effets d'interaction entre la VCD et chacune des dimensions de la personnalité psychopathique ainsi que son score total

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4			Modèle 5		
	B ¹	E-T	T	B ¹	E-T	T	B ¹	E-T	T	B ¹	E-T	T	B ¹	E-T	T
Constante	1,30	0,89	1,47	1,15	1,07	1,08	1,84	0,97	1,90	0,93	0,84	1,10	1,09	0,56	1,94*
VCD	0,18	0,07	2,59**	0,20	0,07	2,84**	0,20	0,07	2,85**	0,20	0,07	2,77**	0,18	0,07	2,66**
<i>Psychopathie</i>															
Affective	0,00	0,03	-0,15	-0,01	0,03	-0,21	0,00	0,03	-0,06	-0,01	0,03	-0,22	-	-	-
Interpersonnelle	-0,02	0,02	-0,90	-0,01	0,02	-0,70	-0,02	0,02	-0,77	-0,01	0,02	-0,67	-	-	-
Style de vie	0,04	0,02	1,71	0,03	0,02	1,41	0,03	0,02	1,55	0,03	0,02	1,41	-	-	-
Antisociale	-0,02	0,02	-0,97	-0,02	0,02	-1,07	-0,01	0,02	-0,72	-0,02	0,02	-1,09	-	-	-
Score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00	0,01	-0,46
VCD* affective	0,04	0,02	2,37*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD* interpersonnelle	-	-	-	0,01	0,01	0,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VCD* style de vie	-	-	-	-	-	-	0,04	0,02	2,65**	-	-	-	-	-	-
VCD* antisociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	0,01	0,65	-	-	-
VCD* score total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	0,004	1,51
<i>Paramètres délinquance</i>															
Précocité	-0,11	0,04	-2,86**	-0,11	0,04	-2,66**	-0,10	0,04	-2,58**	-0,11	0,04	-2,67**	-0,10	0,04	-2,52**
<i>Maltraitance à l'enfance</i>															
Négligence émotionnelle	0,00	0,02	0,13	0,00	0,02	-0,01	0,00	0,02	0,01	0,00	0,02	-0,01	0,00	0,02	0,12
Abus physique	0,02	0,02	1,05	0,02	0,02	0,83	0,03	0,02	1,21	0,02	0,02	0,74	0,02	0,02	0,97
Abus émotionnel	0,07	0,03	2,45*	0,08	0,03	2,75**	0,08	0,03	2,65**	0,08	0,03	2,87**	0,08	0,03	2,76**
Négligence physique	-0,04	0,03	-1,47	-0,05	0,03	-1,53	-0,04	0,03	-1,46	-0,04	0,03	-1,46	-0,05	0,03	-1,67
Abus sexuel	0,03	0,04	0,85	0,03	0,04	0,91	0,03	0,04	0,93	0,03	0,04	0,92	0,04	0,04	1,23
R ² =	0,28			0,26				0,29			0,26			0,25	
R ² variation=	0,0261			0,0027				0,0324			0,0020			0,0109	
F=	5,08***			4,51***				5,24***			4,50***			5,94***	
Johnson-Neyman (%)=	-0,9430 et plus (68,26%)			n/a				-1,37 et plus (65,27%)			n/a			n/a	

*p≤0,05 **p≤0,01 ***p≤0,001

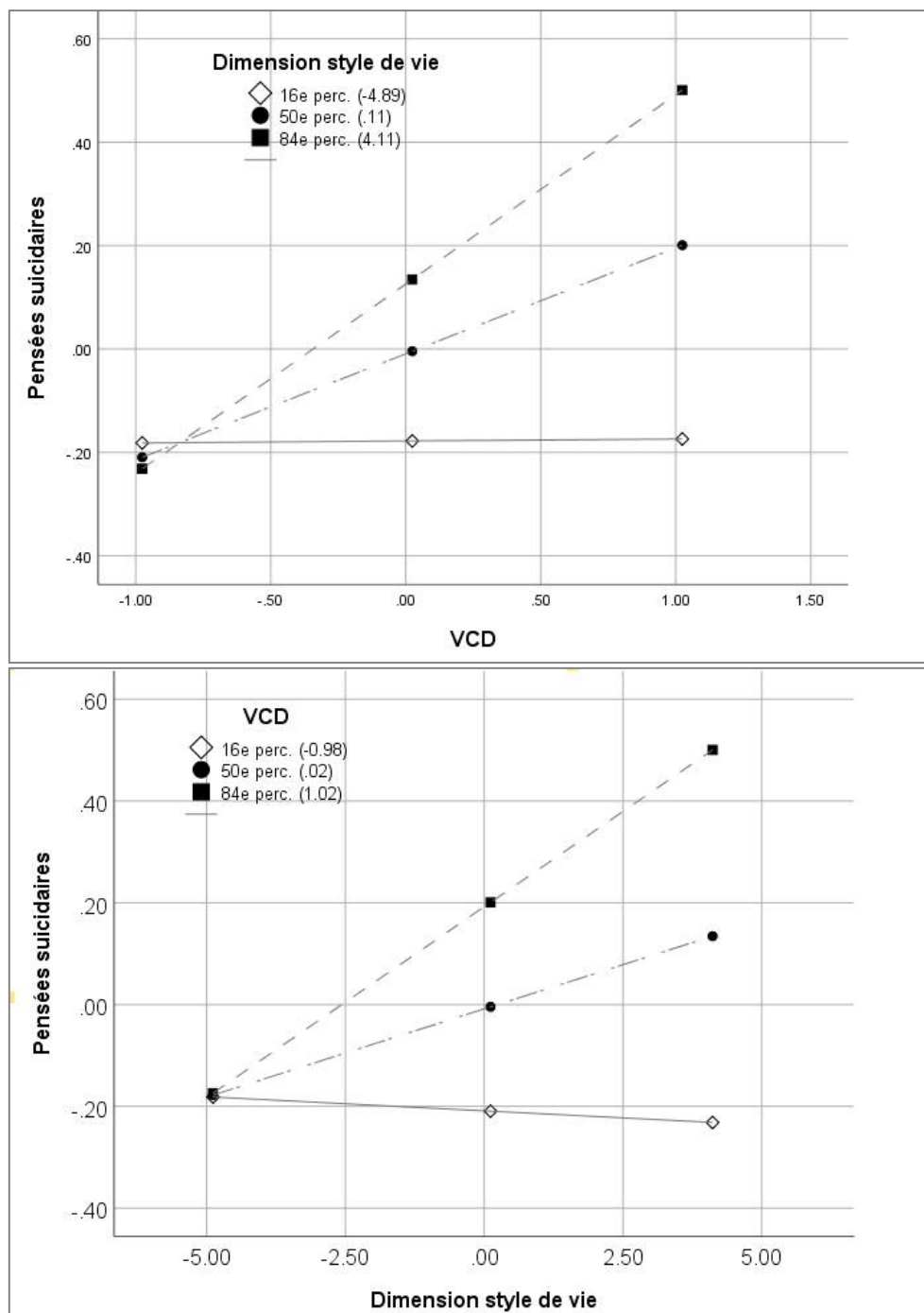
¹ VCD et variables modératrices sont centrées à la moyenne

Figure 3. Représentation graphique de l'interaction entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et la dimension affective pour expliquer les pensées suicidaires



Notes. Pensées suicidaires=score z, VCD et dimension affective sont centrées à la moyenne

Figure 4. Représentations graphiques de l'interaction entre la victimisation en contexte de délinquance (VCD) et la dimension style de vie pour expliquer les pensées suicidaires



Notes. Dépression-anxiété=score z, VCD et dimension affective sont centrées à la moyenne

Chapitre 4 : Discussion des résultats

Un premier objectif de l'étude était de faire un bref portrait de la VCD, des symptômes de troubles de santé mentale et des traits de la personnalité psychopathique chez les jeunes contrevenants. Un deuxième objectif était de cerner les associations entre ces trois concepts. Ces deux premiers objectifs ont servi de prémisses afin de tester l'effet potentiellement modérateur de la psychopathie et de ses dimensions sur la relation entre la VCD et les troubles de santé mentale.

4.1 Profils des jeunes contrevenants sur les symptômes de troubles de santé mentale et sur la victimisation en contexte de délinquance

Dans un premier temps, les analyses descriptives ont montré des taux élevés de symptômes de troubles de santé mentale. En effet, sur presque tous les troubles mesurés (alcool-drogue, colère-irritabilité, dépression-anxiété), les moyennes affichées sont nettement supérieures à ce qui est retrouvé dans d'autres études utilisant le même outil de dépistage auprès de jeunes contrevenants. Seulement pour les pensées suicidaires, les taux sont semblables à ce qui est retrouvé ailleurs dans la littérature scientifique (Archer et al., 2010; Gilbert, Grande, Hallman et Underwood, 2015; Grisso et al., 2001). L'outil utilisé est normalement administré auprès d'adolescents contrevenants âgés entre 12 et 17 ans, faisant ou non l'objet d'une garde fermée. L'échantillon de la présente étude est composé d'individus âgés entre 14 et 25 ans (moyenne de 18,3 ans) qui sont majoritairement en garde fermée. Il s'agit donc d'un échantillon constitué de jeunes présentant des comportements délinquants sévères. Les taux de symptômes de troubles de santé mentale particulièrement élevés pourraient donc être expliqués, en partie, par ces caractéristiques de l'échantillon. Par exemple, Grisso et al. (2001) rapportent une différence significative entre les groupes d'âges concernant les scores à la consommation d'alcool-drogue, les plus âgés rapportant des scores plus élevés.

Parmi les troubles évalués, les jeunes contrevenants ont présenté le plus de symptômes à ce qui a trait à la consommation d'alcool-drogue. En effet, près d'un jeune sur cinq se retrouve dans le seuil clinique *danger*, signifiant la nécessité d'une prise en charge urgente. Les hauts taux de symptômes de troubles de santé mentale retrouvés chez les jeunes contrevenants de cette

étude vont ainsi dans le même sens que ceux de la littérature scientifique déjà existante (Colins et al., 2010; Fazel et al., 2008; Wasserman et al., 2010). Bien que l'outil utilisé en soit un de dépistage seulement, les symptômes présentés par les jeunes contrevenants reflètent bien les troubles diagnostiqués qui sont recensés dans la littérature scientifique. En effet, la recension des écrits indique que les troubles les plus souvent diagnostiqués chez les jeunes contrevenants concernent les troubles extériorisés, notamment la consommation de substances illicites abusive caractériserait entre 34% et 45% des jeunes contrevenants (Colins et al., 2010; Fazel et al., 2008; Wasserman et al., 2010). Dans la présente étude, 11,5% des jeunes se trouvaient «à risque» ou «en danger» en ce qui a trait aux pensées suicidaires. L'outil utilisé rapporte les pensées suicidaires qui ont eu au cours des 30 derniers jours seulement. Cela peut expliquer pourquoi ce taux est légèrement inférieur à ce qui est recensé dans la littérature scientifique, rapportant des taux variant entre 19% et 32% de pensées suicidaires au courant de la dernière année. La présente étude démontre l'importance de dépister tôt les symptômes liés aux troubles de santé mentale chez les jeunes contrevenants faisant l'objet d'une mesure judiciaire (hébergement dans un centre de réadaptation, incarcération). Comme indiqué par les résultats d'Abram et al. (2015), les troubles de santé mentale observés chez les jeunes contrevenants sous garde fermée ont tendance à se maintenir, même cinq ans après la mesure judiciaire. Il est donc important d'identifier tôt dans le processus de réadaptation les troubles de santé mentale présents ou le risque de développer un trouble chez les jeunes contrevenants afin d'adopter les interventions les mieux adaptées.

Par ailleurs, les analyses descriptives ont révélé des taux de VCD préoccupants, semblables à ce qui est retrouvé dans d'autres études ayant mesuré des EPT dans le cadre d'activités délinquantes (Abram et al., 2004; Kerig et al., 2016; Maschi, 2006). Parmi les quatre événements proposés aux participants, ceux-ci en ont vécu en moyenne près de deux (1,96) différents au cours de leur vie. L'événement le plus fréquemment rapporté est d'avoir déjà vu quelqu'un être poignardé, près du deux tiers (65,3%) des jeunes contrevenants l'ayant vécu au moins une fois. Parmi ces derniers, un jeune sur cinq a rapporté l'avoir vécu plus de trois fois.

Parallèlement, la présente étude a permis de documenter un peu plus en détail que ce qui est retrouvé dans la littérature concernant les événements potentiellement traumatiques vécus dans un contexte de délinquance. Par exemple, une proportion non négligeable des événements rapportés implique le fait d'avoir vu quelqu'un être poignardé ou d'avoir vu quelqu'un mourir

concerne un ami proche. De plus, dans près de la moitié des événements où les participants ont rapporté avoir été eux-mêmes poignardés, l'agresseur était connu de ceux-ci et dans le tiers des cas, les participants rapportent avoir craint pour leur vie.

Puisque les jeunes contrevenants sont caractérisés par une forte exposition à des événements traumatiques dès l'enfance (Ford et al., 2013; Kerig et al., 2016; King et al., 2011; Toupin et al., 2009; Wanklyn et al., 2012), une telle exposition, fréquente et diversifiée, à de nouveaux EPT pendant l'adolescence et/ou au début de l'âge adulte est susceptible de rendre particulièrement vulnérable au développement du trauma complexe. Dès lors, ces jeunes sont à risque d'entrer dans le monde adulte avec des capacités d'adaptation diminuées avec les défis d'intégration psychosociale qui y sont associés (Briere et Lanktree, 2012; Briere et Scott, 2015). Les interventions sensibles au trauma, destinées aux jeunes contrevenants, apparaissent ainsi particulièrement pertinentes.

4.2 Le rôle de la victimisation en contexte de délinquance, de la psychopathie, de la maltraitance durant l'enfance et des paramètres de la délinquance dans l'explication des symptômes de troubles de santé mentale

Dans un deuxième temps, les liens entre la VCD et les symptômes de troubles de santé mentale ont été examinés. Les résultats démontrent que la VCD, la maltraitance vécue durant l'enfance ainsi que les paramètres de la délinquance permettent d'expliquer une part de la variance de la colère-irritabilité, de la dépression-anxiété et des pensées suicidaires, sans toutefois être le cas pour la consommation d'alcool-drogue. De plus, l'effet de la VCD sur les symptômes de troubles de dépression-anxiété et des pensées suicidaires serait variable selon les dimensions affective et style de vie de la personnalité psychopathique. Les jeunes contrevenants présentant davantage de ces traits seraient ainsi affectés plus fortement par la VCD comparativement aux jeunes présentant peu de ces traits.

Maltraitance vécue durant l'enfance et paramètres de la délinquance

Parmi les types de maltraitance vécus à l'enfance, seuls les abus émotionnels ont permis d'expliquer une part de la variance de la dépression-anxiété et des pensées suicidaires, sans toutefois être le cas pour la colère-irritabilité et la consommation d'alcool-drogue. Ce résultat n'est pas en soi surprenant, vu la littérature scientifique abondante faisant état des liens entre la maltraitance durant l'enfance et le développement de troubles de santé mentale (Debowska et al., 2017; Naughton et al., 2017). Les abus émotionnels font ici référence à des remarques humiliantes ou attaques verbales de la part d'un adulte et ciblant le bien-être de l'enfant (Bernstein et Fink, 1998). Bien que moins souvent étudiés que les abus de nature physiques ou sexuels, les abus émotionnels semblent avoir les mêmes effets nocifs sur la santé mentale. Par exemple, Croysdale et al. (2008) ont étudié les associations entre les abus physiques, sexuels et émotionnels et les troubles de santé mentale chez de jeunes contrevenants et ont rapporté que les trois types d'abus étaient associés à divers troubles de santé mentale, dont la dépression majeure, les attaques de panique, le trouble de stress post-traumatique et les comportements suicidaires. Par ailleurs, les participants ont rapporté davantage de ce type d'abus que du type physique ou sexuel. Il se peut que les jeunes contrevenants soient plus portés à rapporter des abus émotionnels, comparativement à des abus physiques ou sexuels, car ce type d'abus serait moins confrontant sur le plan de leur estime personnelle ou sur le plan de l'image de délinquant qu'ils souhaiteraient projeter (Brenner, Billy et Grady, 2003).

Par ailleurs, les paramètres de la délinquance ont permis d'expliquer une part de la variance des scores à l'échelle de colère-irritabilité ainsi qu'à l'échelle des pensées suicidaires. Plus précisément, la diversité des activités délinquantes a permis d'expliquer une part de la colère-irritabilité alors que la précocité des activités délinquantes a permis d'expliquer une part des pensées suicidaires, et ce indépendamment de la VCD et de la maltraitance vécue durant l'enfance. Comme l'ont déjà souligné Kerig et Becker (2010), les jeunes ayant vécu des EPT sont plus à risque de comportements délinquants. Ces mêmes jeunes qui s'impliquent dans des activités délinquantes se mettent dans des situations où le risque de vivre de nouveaux EPT s'accroît (Kerig et Becker, 2010).

Victimisation en contexte de délinquance et psychopathie

Pris ensemble, les modèles testés suggèrent que la VCD permet mieux d'expliquer les symptômes de troubles intériorisés que les troubles extériorisés. Ces résultats ne sont pas surprenants en soi étant donné la vaste littérature faisant état des liens entre les EPT et les troubles tels la dépression, l'anxiété ou le stress post-traumatique (Abram et al., 2004; Debowska et al., 2017; Kerig et al., 2016; Naughton et al., 2017; Ruchkin et al., 2002). En effet, en analysant chacun des items de VCD isolément, les résultats des analyses bivariées démontrent des relations significatives entre tous les items de VCD et les symptômes de dépression-anxiété et les pensées suicidaires, alors que seulement le fait d'avoir déjà vu quelqu'un être poignardé était significativement lié à la colère-irritabilité et qu'aucun des items ne l'était avec la consommation d'alcool-drogue. Néanmoins, les variables créées permettant d'estimer la fréquence et la diversité de la VCD étaient quant à elles, significativement liées à la colère-irritabilité et à la consommation d'alcool-drogue. De plus, dans les analyses de régressions, la VCD s'est avérée expliquer une part de la colère-irritabilité dans seulement deux modèles sur cinq et dans aucun des modèles expliquant la consommation d'alcool-drogue. À l'inverse, elle s'est avérée expliquer, indépendamment des paramètres de la délinquance et de la maltraitance vécue durant l'enfance, une part de la variance des symptômes de dépression-anxiété et des pensées suicidaires dans tous les modèles testés les concernant.

Par ailleurs, les résultats indiquent un effet d'interaction significatif entre les dimensions affective et style de vie de la psychopathie et les symptômes de troubles de santé mentale tels que la dépression-anxiété et les pensées suicidaires. Cet effet d'interaction peut être interprété de deux façons. Une première façon d'interpréter les résultats serait que la dimension affective apparaît exacerber l'effet de la VCD sur la dépression-anxiété et les pensées suicidaires alors que la dimension style de vie apparaît exacerber l'effet de la VCD seulement sur les pensées suicidaires. Plus précisément, les jeunes contrevenants présentant des scores élevés à ces dimensions seraient affectés plus fortement par la VCD subie. Selon cette interprétation, les résultats portent appui aux théories de Porter (1996) et de Ford et al. (2002; 2006; 2009), selon lesquelles les traits d'insensibilité émotionnelle peuvent être développés, par certains, à la suite d'effets de l'environnement social, dans ce cas-ci, le contexte délinquant et la victimisation inhérente. En effet, il y a lieu de croire que, comme le suggérait Porter (1996), les forts traits

d'insensibilité émotionnelle présentés par certains individus devraient être traités comme un trouble de dissociation des émotions plus que comme un trouble de la personnalité. Selon Ford et al. (2002 ; 2006 ; 2009), l'exposition répétée à des EPT entraînerait un épuisement au niveau cognitif, une réduction de la capacité à réguler les affects et une réduction de l'empathie. En percevant l'événement vécu comme une attaque au concept de soi et en percevant une perte de contrôle, les jeunes tenteraient de se créer une façade où ils ne semblent pas atteints psychologiquement, mais qui cache en réalité une profonde détresse psychologique. À la lumière de cette théorie, il y a lieu de croire que les forts traits d'insensibilité émotionnelle révélés par les jeunes dans l'échantillon indiquent dans les faits la manifestation de cette façade. La VCD pourrait ainsi être perçue comme traumatisant pour certains et pourrait entraîner la «fermeture» des émotions, l'insensibilité et la dissociation des émotions (Ford et al., 2006; Porter, 1996). Ces théories ont déjà été corroborées par Kerig et al (2012) et par Bains (2017) où l'association entre l'exposition à des EPT et les traits d'insensibilité émotionnelle se sont avérés médiée par la dissociation des émotions. Les résultats obtenus dans la présente étude vont ainsi dans le même sens que ceux de Bennett et Kerig (2014) ainsi que de Sharf et al. (2014) où les jeunes contrevenants présentant à la fois de forts traits d'insensibilité émotionnelle et d'anxiété, rapportaient également davantage d'expositions à des EPT, de difficultés de régulation des émotions et de symptômes de stress post-traumatique.

Une deuxième façon d'interpréter les résultats serait que la VCD changerait la nature et la force de la relation entre les dimensions de la psychopathie et les symptômes de dépression-anxiété et les pensées suicidaires. Précisément, la force de la relation entre la dimension style de vie et les pensées suicidaires augmenterait à mesure que la VCD augmente. Dans le cas de la dimension affective, le sens de la relation entre celle-ci et les symptômes de troubles de santé mentale (dépression-anxiété et pensées suicidaires) changerait en fonction de la variation de la VCD. En effet, lorsque la VCD est basse, la relation entre la dimension affective et les symptômes de dépression-anxiété, tout comme les pensées suicidaires, est négative. Toutefois, à mesure que la VCD s'élève, cette même relation devient positive. Ainsi, sans tenir compte de la VCD, les jeunes présentant de forts traits psychopathiques affectifs présenteraient moins de symptômes de dépression-anxiété et de pensées suicidaires. Toutefois, à mesure que la VCD augmente, ces jeunes présentant de forts traits au niveau affectif présenteraient aussi davantage de symptômes. Cette interprétation suggère que la variante secondaire de la psychopathie

pourrait être fonction non seulement de la maltraitance durant l'enfance, mais aussi de la victimisation vécue en contexte de délinquance au moment de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Cependant, ces effets de modulation sont plutôt modestes et ne s'appliquent qu'à la dépression-anxiété et aux pensées suicidaires.

Aucun effet d'interaction significatif entre les traits de la personnalité psychopathique et la VCD n'a toutefois été observé entre ces dimensions et la VCD dans l'explication de la colère-irritabilité et de la consommation d'alcool-drogue. Plusieurs études ont déjà rapporté que les individus présentant de hauts scores à la dimension affective de la psychopathie rapportaient également peu de troubles de santé mentale (Sevecke et al., 2009). Dans la présente étude néanmoins, ce fut le cas seulement en ce qui a trait aux symptômes de colère-irritabilité. En effet, les analyses de régressions indiquent que plus le score à la dimension affective serait élevé, moins les symptômes de colère-irritabilité seraient forts. Dans les modèles expliquant les autres symptômes de troubles de santé mentale, les traits de la personnalité psychopathique, seuls, n'apparaissaient pas significatifs lorsque contrôlés avec la VCD, la maltraitance vécue durant l'enfance et les paramètres de la délinquance. Les résultats semblent donc indiquer que la dimension affective contrecarrait les effets néfastes des EPT sur la santé mentale dans certains cas seulement, par exemple, dans le cas de la colère-irritabilité.

Par ailleurs, quant à la dimension style de vie, les résultats concordent avec ce qui est généralement retrouvé dans la littérature scientifique. En effet, cette dimension de la psychopathie est généralement associée à la détresse psychologique (Douglas et al., 2008; Sevecke et al., 2016). Plus précisément, les résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Douglas et al. (2008) qui étaient arrivés à la conclusion que cette dimension de la psychopathie était associée positivement aux comportements suicidaires et aux idéations suicidaires. Les résultats quant à l'effet modérateur de la psychopathie soulignent l'importance d'analyser chacune des dimensions et leurs liens avec les variables étudiées plutôt que d'analyser seulement le concept général de la psychopathie et ses associations. En effet, alors que le concept de psychopathie n'était pas associé significativement à aucun des symptômes de troubles de santé mentale étudiés dans les régressions, les dimensions affective et style de vie se sont avérées être des variables importantes dans l'explication de la colère-irritabilité, de la dépression-anxiété et des pensées suicidaires.

Enfin, dans leur ensemble, les résultats viennent ainsi appuyer les quelques études précédentes ayant porté sur les effets des activités délinquantes sur la santé mentale des jeunes contrevenants. Ces études rapportent une grande vulnérabilité des jeunes contrevenants face au développement de symptômes du trouble de stress post-traumatique à la suite d'EPT dans un contexte de délinquance (Abram et al., 2004; Kerig et al., 2016; Ruchkin et al., 2002). La présente étude s'inscrit donc dans la même lignée, mais en documentant les symptômes de troubles de santé mentale associées à la VCD. Les résultats soulignent l'importance de s'intéresser à la VCD lors des études reliés au trauma chez les jeunes contrevenants.

Conclusion

Le présent mémoire avait pour objectif principal de documenter l'association entre la VCD et les symptômes de troubles de santé mentale, et d'y examiner le rôle de la psychopathie dans cette association. Le mémoire s'inscrivait donc dans la perspective où la VCD représente un EPT et où son expérience peut mener à différents besoins en ce qui a trait à l'intervention. Reconnaissant que la façon dont est perçu un événement ou un autre peut dépendre des caractéristiques individuelles, il est suggéré que les conséquences sur la santé mentale d'un même événement peuvent ainsi différer d'un individu à un autre. C'est dans cette logique qu'il a été vérifié si la psychopathie modifiait l'association entre la VCD et les symptômes de troubles de santé mentale. Pour ce faire, des analyses de régressions ont permis d'évaluer dans quelle mesure la VCD permet d'expliquer les symptômes de troubles de santé mentale, tout en contrôlant l'effet de la maltraitance vécue durant l'enfance ainsi que les paramètres de la délinquance.

Le présent mémoire met ainsi en lumière la sévérité à laquelle sont exposés les jeunes contrevenants aux traumatismes vécus dans le contexte de délinquance et à leur association avec les symptômes de troubles de santé mentale. L'emphase est ainsi portée sur l'importance de considérer non seulement les traumatismes vécus durant l'enfance, mais aussi ceux vécus dans un contexte de délinquance dans la planification des interventions destinées aux jeunes contrevenants. Il est alors suggéré que les interventions sensibles au trauma chez les jeunes contrevenants devraient être favorisées.

De plus, le présent mémoire a permis de mettre de l'avant le fait que certaines dimensions de la personnalité psychopathique, tel que le style de vie et la dimension affective interagissent avec la VCD produisant des effets exacerbés sur les symptômes de troubles de santé mentale. Bien que ces derniers résultats soient marginaux et sont appelés à être répliqués, ils suggèrent que certains jeunes sont effectivement plus affectés que d'autres par les traumatismes vécus. Les jeunes contrevenants affichant des scores plus élevés à la dimension affective et donc, qui présentaient plus d'insensibilité émotionnelle, de froideur et moins d'empathie, étaient en fait ceux qui étaient les plus atteints au niveau des symptômes de troubles de santé mentale.

Limites de l'étude

La présente étude comporte plusieurs limites méthodologiques à prendre en considération lors de l'interprétation des résultats présentés. D'abord, il s'agit d'un devis transversal. Ainsi, les données sur la VCD sont de nature rétrospective et les événements ne sont pas situés dans le temps, alors que les données sur les symptômes de troubles de santé mentale ainsi que les traits de la personnalité psychopathiques sont issues en regard du dernier mois. Bien que les associations entre les variables aient été contrôlées avec la maltraitance durant l'enfance et les paramètres de la délinquance, d'autres événements ou variables pourraient être en cause dans l'explication des associations entre la VCD vécue à un moment ou un autre de l'adolescence et les symptômes de troubles de santé mentale présentés au moment de l'étude.

De plus, les variables de VCD sont basées sur uniquement quatre items. Ainsi, la présente étude ne couvre pas l'étendue des événements de victimisation auxquels les jeunes contrevenants pourraient avoir été exposés. Par exemple, la commission même d'un acte de délinquance (ex. : poignarder soi-même quelqu'un) s'est révélée être un événement traumatisant pour plusieurs et être associée à des symptômes du trouble de stress post-traumatique (Kerig et al., 2016). Toutefois, ce genre d'évènement n'est pas inclus dans la présente étude. En ce qui concerne les symptômes de troubles de santé mentale, l'outil utilisé n'en est pas un de diagnostic, mais plutôt de dépistage. Il permet de mieux cibler les interventions nécessaires en identifiant les jeunes contrevenants les plus à risque. Ainsi, il est conçu pour englober plus de jeunes à risque qu'il y en aura avec un diagnostic officiel. Enfin, l'outil utilisé afin de mesurer les traits de la personnalité psychopathique est de nature auto-révéle et est normalement conçu pour être administré à des adultes. Ainsi, la façon de révéler ou non certains traits chez les adolescents pourrait être différente. Par exemple, certains pourraient avoir une tendance à valoriser des réponses qui leur confèrera une certaine image ou un certain statut et ainsi, les réponses données par les adolescents seraient teintées par l'image qu'ils souhaitent projeter (Brenner et al., 2003). Par exemple, certains items constituant la dimension affective font référence au plaisir à voir des combats à mains nues, des sports et des films violents. De plus, comme mentionné dans la section méthodologie, la dimension affective de la personnalité psychopathique présente une faible cohérence interne dans le présent échantillon.

Néanmoins, la présente étude s'inscrit dans une démarche exploratoire des liens entre la victimisation en contexte de délinquance, la psychopathie et les symptômes de troubles de santé mentale des jeunes contrevenants, liens qui ont été peu étudiés ensemble jusqu'à maintenant. Une meilleure compréhension de ces liens pourra être utile sur le plan clinique, afin de développer les meilleures interventions à adopter en fonction des profils des jeunes contrevenants.

Pour les recherches futures

Pour de futures études, plusieurs avenues apparaissent envisageables. D'abord, il n'existe pas encore à ce jour, à notre connaissance, de mesure standardisée de la VCD ou d'autres EPT vécus par les jeunes contrevenants spécifiquement. La présente étude n'a tenu compte que de quatre événements de VCD prédéterminés mais les jeunes contrevenants sont susceptibles d'avoir vécu une panoplie d'autres événements qui n'ont pas été étudiés dans le cadre de cette étude. D'élaborer un tel outil de mesure des EPT vécus par les jeunes contrevenants serait ainsi tout indiqué afin de mieux comprendre ce qu'ils vivent et les répercussions de toutes sortes qui s'enchainent. De plus, il serait pertinent de situer dans le temps les épisodes de victimisation. En faisant cela, il sera possible de mieux comprendre les associations entre la VCD et les symptômes de troubles de santé mentale retrouvées dans le cadre de la présente étude.

De répliquer l'étude avec une mesure des troubles de santé mentale selon des critères diagnostiques plutôt qu'autorévévés serait également important. La présente étude a permis d'explorer les symptômes de troubles de santé mentale avec un outil largement utilisé par les intervenants auprès des jeunes contrevenants, faisant ainsi des liens avec les milieux pratiques. Toutefois, malgré que le MAYSI-2 soit reconnu comme un outil fiable et ayant une bonne capacité à détecter les troubles diagnostics, il n'en est pas un outil permettant de faire un diagnostic officiel.

Si une telle réplification de l'étude avait lieu, il serait pertinent de comparer les résultats obtenus avec un outil de mesure autorapporté et un outil de mesure par l'observation d'une tierce personne tel que le PCL-R. Ce faisant, il serait possible de vérifier si les résultats obtenus sont fonction de la volonté de cacher sa souffrance par les jeunes contrevenants plutôt que par une

réelle insensibilité émotionnelle. De refaire les analyses avec deux outils de mesure de la psychopathie permettrait peut-être d'y voir plus clair.

Bibliographie

- Abram, K. M. (2003). Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1097-1108.
- Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClelland, G. M. et Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403-410.
- Abram, K. M., Zwecker, N. A., Welty, L. J., Hershfield, J. A., Dulcan, M. K. et Teplin, L. A. (2015). Comorbidity and Continuity of Psychiatric Disorders in Youth After Detention: A Prospective Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72(1), 84-93. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1375
- Allwood, M. ., Baetz, C., DeMarco, S. et Bell, D. . (2012). Depressive symptoms, including lack of future orientation, as mediators in the relationship between adverse life vents and delinquent behavior. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(2), 114-128.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- Anckarsäter, H., Nilsson, T., Ståhlberg, O., Gustafson, M., Saury, J.-M., Råstam, M. et Gillberg, C. (2007). Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. *Developmental Neuropsychiatry*, 10(1), 57-65. doi:10.1080/13638490600864157
- Andershed, H., Hodgins, S., et Tengstrom, A. (2007). Convergent validity of the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI): association with the Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV). *Assessment*, 14 (2), 144-154. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191106298286>.
- Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non referred youths: initial test of a new assessment tool. Dans E. Blaauw, et L. Sheridan (dir.), *Psychopaths: Current International Perspectives* (pp. 131-158). The Hague, The Netherlands: Elsevier.

- Andrade, J. T. (2008). The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: A review of the research. *Aggression & Violent Behavior, 13*(4), 328-335. doi:10.1016/j.avb.2008.05.001
- Anestis, J. C., Harrop, T. M., Green, B. A. et Anestis, M. D. (2017). Psychopathic Personality Traits as Protective Factors against the Development of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in a Sample of National Guard Combat Veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 39*(1), 220-229. doi:10.1007/s10862-017-9588-8
- Archer, R. P., Simonds-Bisbee, E. C., Spiegel, D. R., Handel, R. W. et Elkins, D. E. (2010). Validity of the Massachusetts Youth Screening Instrument-2 (MAYSI-2) scales in juvenile justice settings. *Journal of Personality Assessment, 92*(4), 337-48. doi:10.1080/00223891.2010.482009
- Archer, R.P., Stredny, R. V., Mason, J. A. et Arnau, R. C. (2004). An Examination and Replication of the Psychometric Properties of the Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Edition (MAYSI-2) Among Adolescents in Detention Settings. *Assessment, 11*(4), 290-302. doi:10.1177/1073191104269863
- Asscher, J. J., van Vugt, E. S., Stams, G. J. J. M., Deković, M., Eichelsheim, V. I. et Yousfi, S. (2011). The relationship between juvenile psychopathic traits, delinquency and (violent) recidivism: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(11), 1134-1143. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02412.x
- Bains, M. (2017). *Childhood Abuse, Dissociation, and Callous-unemotional traits* (mémoire de maîtrise, Eastern Washington University). Repéré à <http://dc.ewu.edu/theses/414>
- Beaver, K. M., Boutwell, B. B., Barnes, J. C., Vaughn, M. G. et DeLisi, M. (2017). The Association Between Psychopathic Personality Traits and Criminal Justice Outcomes: Results From a Nationally Representative Sample of Males and Females. *Crime & Delinquency, 63*(6), 708-730. doi:10.1177/0011128715573617
- Bennett, D. C. et Kerig, P. K. (2014). Investigating the Construct of Trauma-Related Acquired Callousness Among Delinquent Youth: Differences in Emotion Processing. *Journal of Traumatic Stress, 27*(4), 415-422. doi:10.1002/jts.21931

- Berman, S. L., Silverman, W. K. et Kurtines, W. M. (2002). The effects of community violence on children and adolescents: Intervention and social policy. *Children, social science, and the law*, 301-321.
- Brener, N. D., Billy, J. O. G. et Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 436-457. doi:10.1016/S1054-139X(03)00052-1
- Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Saure, D. et Freitag, C. M. (2017). Association of trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Conduct Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, sous presse. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.019
- Bernstein, D. P. et Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report: Manual*. Orlando:USA : Psychological Corporation.
- Blagov, P. S., Patrick, C. J., Lilienfeld, S. O., Powers, A. D., Phifer, J. E., Venables, N., ... Cooper, G. (2011). Personality constellations in incarcerated psychopathic men. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 293-315. doi:10.1037/a0023908
- Boduszek, D. et Debowska, A. (2016). Critical evaluation of psychopathy measurement (PCL-R and SRP-III/SF) and recommendations for future research. *Journal of Criminal Justice*, 44, 1-12. doi:10.1016/j.jcrimjus.2015.11.004
- Briere, J. et Lanktree, C. (2012). *Treating complex trauma in adolescents and young adults*. Thousand Oaks, Calif : Sage.
- Briere, J. et Scott, C. (2015). Complex Trauma in Adolescents and Adults. *Psychiatric Clinics*, 38(3), 515-527. doi:10.1016/j.psc.2015.05.004
- Briere, J. et Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412. doi:10.1002/jts.20048
- Carlson, E. B. et Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28. doi:10.1177/1524838000001001002

- Coid, J. et Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 426-433. doi:10.1016/j.comppsy.2009.09.006
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A. et Hare, R. D. (2009). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 65-73. doi:10.1016/j.ijlp.2009.01.002
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., ... Hare, R. (2009). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 134-141. doi:10.1016/j.ijlp.2009.02.008
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., Brink, W. van den, Doreleijers, T. et Broekaert, E. (2010). Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 255-263. doi:10.1177/070674371005500409
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Croysdale, A. E., Drerup, L. C., Bewsey, K. et Hoffmann, N. G. (2008). Correlates of Victimization in a Juvenile Justice Population. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(1), 103-117. doi:10.1080/10926770802250876
- Debowska, A., Willmott, D., Boduszek, D. et Jones, A. D. (2017). What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. *Child Abuse & Neglect*, 70, 100-111. doi:10.1016/j.chiabu.2017.06.014
- Declercq, F., Carter, R. et Neumann, C. S. (2015). Assessing Psychopathic Traits and Criminal Behavior in a Young Adult Female Community Sample Using the Self-Report Psychopathy Scale. *Journal of Forensic Sciences*, 60(4), 928-935. doi:10.1111/1556-4029.12783
- DeLisi, M., Drury, A. J., Kosloski, A. E., Caudill, J. W., Conis, P. J., Anderson, C. A., ... Beave, K. M. (2010). The Cycle of Violence Behind Bars: Traumatization and Institutional Misconduct Among Juvenile Delinquents in Confinement. *Youth Violence & Juvenile Justice*, 8(2), 107-121. doi:10.1177/1541204009349399

- DeLisi, M., Peters, D. J., Dansby, T., Vaughn, M. G., Shook, J. J. et Hochstetler, A. (2014). Dynamics of Psychopathy and Moral Disengagement in the Etiology of Crime. *Youth Violence & Juvenile Justice*, 12(4), 295-314. doi:10.1177/1541204013506919
- Dhingra, K., Boduszek, D., Palmer, D. et Shevlin, M. (2015). Psychopathy and self-injurious thoughts and behaviour: application of latent class analysis. *Journal of Mental Health*, 24(1), 4-8. doi:10.3109/09638237.2014.910645
- Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R. et Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). doi:10.3402/ejpt.v4i0.20274
- Dotterer, H. L., Waller, R., Neumann, C. S., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Hariri, A. R. et Hyde, L. W. (2017). Examining the Factor Structure of the Self-Report of Psychopathy Short-Form Across Four Young Adult Samples. *Assessment*, 24(8), 1062-1079. doi:10.1177/1073191116640355
- Douglas, K., Lilienfeld, S., Skeem, J., Poythress, N., Edens, J. et Patrick, C. (2008). Relation of Antisocial and Psychopathic Traits to Suicide-related Behavior Among Offenders. *Law & Human Behavior*, 32(6), 511-525. doi:10.1007/s10979-007-9122-8
- Edens, J. F., Campbell, J. S. et Weir, J. M. (2007). Youth Psychopathy and Criminal Recidivism: A Meta-Analysis of the Psychopathy Checklist Measures. *Law & Human Behavior*, 31(1), 53-75. doi:10.1007/s10979-006-9019-y
- Edens, J. F., Marcus, D. K. et Vaughn, M. G. (2011). Exploring the Taxometric Status of Psychopathy Among Youthful Offenders: Is There a Juvenile Psychopath Taxon? *Law and Human Behavior*, 35(1), 13-24. doi:10.1007/s10979-010-9230-8
- Enebrink, P., Andershed, H. et Långström, N. (2005). Callous–unemotional traits are associated with clinical severity in referred boys with conduct problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(6), 431-440. doi:10.1080/08039480500360690
- Fazel, S., Doll, H. et Langstrom, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.

- Fletcher, K. . (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. Dans E. Mash et R. Barkley (dir.), *Child psychopathology* (p. 242-276). New-York : Guilford.
- Flexon, J. L. et Meldrum, R. C. (2014). Adolescent Psychopathic Traits and Violent Delinquency: Additive and Nonadditive Effects With Key Criminological Variables. *Youth Violence & Juvenile Justice*, 11(4), 349-369. doi:10.1177/1541204012470850
- Ford, J. D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. Dans R. Greenwald (dir.), *Trauma and juvenile delinquency: Theory, research, and interventions* (pp. 25-58). Binghamton, New York: Haworth.
- Ford, J. D., Albert, D. B., & Hawke, J. (2008). Prevention and treatment interventions for traumatized children: Restoring children's capacities for self-regulation. Dans D. Brom, Pat-Hrenczyk, & J. D. Ford (dir.), *Treating traumatized children*. New York: Routledge.
- Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F. et Cruise, K. R. (2012). Complex Trauma and Aggression in Secure Juvenile Justice Settings. *Criminal Justice & Behavior*, 39(6), 694-724. doi:10.1177/0093854812436957
- Ford, J. D., Chapman, J. F., Pearson, G., Borum, R. et Wolpaw, J. M. (2008). Psychometric Status and Clinical Utility of the MAYSI-2 with Girls and Boys in Juvenile Detention. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 87-99. doi:10.1007/s10862-007-9058-9
- Ford, J. D., Chapman, J., Mack, J. M. et Pearson, G. (2006). Pathways from Traumatic Child Victimization to Delinquency: Implications for Juvenile and Permanency Court Proceedings and Decisions. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 13-26. doi:10.1111/j.1755-6988.2006.tb00111.x
- Ford, J. D., Grasso, D. J., Hawke, J. et Chapman, J. F. (2013). Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 788-800. doi:10.1016/j.chiabu.2013.01.005
- Fritz, M. V., Wiklund, G., Koposov, R. A., af Klinteberg, B. et Ruchkin, V. V. (2008). Psychopathy and violence in juvenile delinquents: What are the associated factors? *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 272-279. doi:10.1016/j.ijlp.2008.04.010

- Gilbert, A. L., Grande, T. L., Hallman, J. et Underwood, L. A. (2015). Screening Incarcerated Juveniles Using the MAYSI-2. *Journal of Correctional Health Care*, 21(1), 35-44. doi:10.1177/1078345814557788
- Gillen, C. T. A., Barry, C. T. et Bater, L. R. (2016). Anxiety Symptoms and Coping Motives: Examining a Potential Path to Substance Use-Related Problems in Adolescents With Psychopathic Traits. *Substance Use & Misuse*, 51(14), 1920-1929. doi:10.1080/10826084.2016.1201510
- Gordts, S., Uzieblo, K., Neumann, C., Van den Bussche, E. et Rossi, G. (2017). Validity of the Self-Report Psychopathy Scales (SRP-III Full and Short Versions) in a Community Sample. *Assessment*, 24(3), 308-325. doi:10.1177/1073191115606205
- Greenwald, R. (2002). *Trauma and juvenile delinquency: theory, research, and interventions*. New York : Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Griffin, G., Germain, E. J. et Wilkerson, R. G. (2012). Using a trauma-informed approach in juvenile justice institutions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(3), 271-283.
- Grisso, T., Barnum, R., Fletcher, K. E., Cauffman, E. et Peuschold, D. (2001). Massachusetts youth screening instrument for mental health needs of juvenile justice youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 541-548.
- Guay, J.-P., Laurier, C., Morselli, C., Renaud, P., Lafortune, D. et Joyal, C. (2015). *Facteurs spécifiques et facteurs génériques : l'évaluation du risque et la prédiction de la récidive chez les délinquants associés aux gangs de rue* (n° 2011-GR-139284). Repéré à <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/>
- Guay, J.-P., Ruscio, J., Knight, R. A. et Hare, R. D. (2007). A taxometric analysis of the latent structure of psychopathy: Evidence for dimensionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 701-716. doi:10.1037/0021-843X.116.4.701
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A Clinical Construct Whose Time Has Come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25-54. doi:10.1177/0093854896023001004
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. et Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 217-246. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452

- Hare, R. D. et Neumann, C. S. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 57-64. doi:10.1007/s11920-005-0026-3
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach* (Second edition). New York : Guilford Press.
- Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Krueger, R. F. et Newman, J. P. (2004). Identifying Psychopathy Subtypes on the Basis of Personality Structure. *Psychological Assessment*, 16(3), 276-288. doi:10.1037/1040-3590.16.3.276
- Huizinga, D., Esbensen, F.-A. et Weiher, A. W. (1991). Are There Multiple Paths to Delinquency? *The Journal of Criminal Law and Criminology (1973-)*, 82(1), 83-118. doi:10.2307/1143790
- Kahn, R. E., Frick, P. J., Youngstrom, E. A., Kogos Youngstrom, J., Feeny, N. C. et Findling, R. L. (2013). Distinguishing primary and secondary variants of callous-unemotional traits among adolescents in a clinic-referred sample. *Psychological Assessment*, 25(3), 966-978. doi:10.1037/a0032880
- Karnik, N. S., Soller, M., Redlich, A., Silverman, M., Kraemer, H. C., Haapanen, R. et Steiner, H. (2009). Prevalence of and Gender Differences in Psychiatric Disorders Among Juvenile Delinquents Incarcerated for Nine Months. *Psychiatric Services*, 60(6), 838-841. doi:10.1176/ps.2009.60.6.838
- Kerig, P. K. (2013). *Psychological Trauma and Juvenile Delinquency: New Directions in Research and Intervention*. London: Taylor and Francis. Repéré à <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1821362>
- Kerig, P. K. et Becker, S. P. (2010). From Internalizing to Externalizing: Theoretical Models of the Processes Linking PTSD to Juvenile Delinquency. Dans S. J. Egan (dir.), *Post-traumatic stress disorder (PTSD): causes, symptoms, and treatment* (p. 33-78). Hauppauge, N.Y : Nova Science Publishers.
- Kerig, P. K., Bennett, D. C., Thompson, M. et Becker, S. P. (2012). “Nothing really matters”: Emotional numbing as a link between trauma exposure and callousness in delinquent youth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 272-279. doi:10.1002/jts.21700
- Kerig, P. K., Chaplo, S. D., Bennett, D. C. et Modrowski, C. A. (2016). “Harm as Harm”. *Criminal Justice & Behavior*, 43(5), 635-652. doi:10.1177/0093854815607307

- Kimonis, E. R., Fanti, K. A., Isoma, Z. et Donoghue, K. (2013). Maltreatment Profiles Among Incarcerated Boys With Callous-Unemotional Traits. *Child Maltreatment*, 18(2), 108-121. doi:10.1177/1077559513483002
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Cauffman, E., Goldweber, A. et Skeem, J. (2012). Primary and secondary variants of juvenile psychopathy differ in emotional processing. *Development and Psychopathology*, 24(3), 1091-1103. doi:10.1017/S0954579412000557
- King, D. C., Abram, K. M., Romero, E. G., Washburn, J. J., Welty, L. J. et Teplin, L. A. (2011). Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*, 62(12), 1430-8. doi:10.1176/appi.ps.004412010
- Lafortune, D., Royer, M. N., Rossi, C., Turcotte, M. E., Boivin, R., Cousineau, M. M., ... Trépanier, J. (2015). *La loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques* (Rapport de recherche n° (FQRSC 2011-TA-144097)).
- Laurier, C. et Morin, C. (2014). La santé mentale des membres de gangs: une brève recension des écrits. J.-P. Guay & C. Fredette (Éds.), *Le phénomène des gangs de rue: théories, évaluations et interventions*, 209-226.
- Laurier, C., Guay, J.-P., Lafortune, D. et Toupin, J. (2015). *Évaluer pour prévenir: les caractéristiques de la personnalité et les risques pris par les jeunes contrevenants associés aux gangs de rue* (n° 2011-GR-138835). Repéré à <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/>
- Leenarts, L. E. W., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T. et Schmid, M. (2016). Relationship between Massachusetts Youth Screening Instrument-second version and psychiatric disorders in youths in welfare and juvenile justice institutions in Switzerland. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-1032-1
- Leistico, A.-M. R., Salekin, R. T., DeCoster, J. et Rogers, R. (2008). A Large-Scale Meta-Analysis Relating the Hare Measures of Psychopathy to Antisocial Conduct. *Law and Human Behavior*, 32(1), 28-45. doi:10.1007/s10979-007-9096-6
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A. et Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158. doi:10.1037/0022-3514.68.1.151

- Lilienfeld, S. O. et Fowler, K. A. (2006). The Self-Report Assessment of Psychopathy. Dans Christopher J. Patrick (dir.), *Handbook of Psychopathy* (p. 107-132). New York : Guilford Press.
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R. et Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 155-165. doi:10.1037/0021-843X.116.1.155
- Lynam, D. R., Charnigo, R., Moffitt, T. E., Raine, A., Loeber, R. et Stouthamer-Loeber, M. (2009). The stability of psychopathy across adolescence. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1133-1153. doi:10.1017/S0954579409990083
- Mahmut, M. K., Menictas, C., Stevenson, R. J. et Homewood, J. (2011). Validating the factor structure of the Self-Report Psychopathy scale in a community sample. *Psychological Assessment*, 23(3), 670-678. doi:10.1037/a0023090
- Marcus, D. K., John, S. L. et Edens, J. F. (2004). A Taxometric Analysis of Psychopathic Personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 626-635. doi:10.1037/0021-843X.113.4.626
- Maschi, T. (2006). Unraveling the Link between Trauma and Male Delinquency: The Cumulative Versus Differential Risk Perspectives. *Social Work*, 51(1), 59-70. doi:10.1093/sw/51.1.59
- McCrae, R. R. et John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Kessler, R. C. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830.e14. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.011
- McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S. et Wasserman, G. A. (2010). The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism. *Criminal Justice & Behavior*, 37(2), 204-216. doi:10.1177/0093854809354961

- Miller, J. D., Lynam, D. R., Widiger, T. A. et Leukefeld, C. (2001). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: can the Five-Factor Model adequately represent psychopathy? *Journal of Personality*, 69(2), 253-276.
- Moeller, A. A. et Hell, D. (2003). Affective disorder and 'psychopathy' in a sample of younger male delinquents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 203-207. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02377.x
- Murrie, D. C., Marcus, D. K., Douglas, K. S., Lee, Z., Salekin, R. T. et Vincent, G. (2007). Youth with psychopathy features are not a discrete class: a taxometric analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 714-723. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01734.x
- Nadeau, D., Laurier, C., Audet-Paradis, F., Cloutier, P. et Desjardins, S. (2017). *Le programme régional d'innovation en santé mentale, un espace apprenant en jeunes contrevenants au Québec, Volet 1* (Rapport d'activités 2016-2017 présenté au Ministère de la Justice du Canada). Québec, Canada : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Repéré à <http://catalogue.santecom.qc.ca>
- National Mental Health Association. (2004). *Mental health treatment for youth in the juvenile justice system: A compendium of promising practice*. Alexandria, États-Unis.
- Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Maguire, S. A., Mann, M. K. et Kemp, A. M. (2017). Ask Me! self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment: a rapid systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 43(3), 348-360. doi:10.1111/cch.12440
- Neal, T. M. S. et Sellbom, M. (2012). Examining the Factor Structure of the Hare Self-Report Psychopathy Scale. *Journal of Personality Assessment*, 94(3), 244-253. doi:10.1080/00223891.2011.648294
- Neumann, C. S., Hare, R. D. et Pardini, D. A. (2015). Antisociality and the Construct of Psychopathy: Data From Across the Globe. *Journal of Personality*, 83(6), 678-692. doi:10.1111/jopy.12127
- Neumann, C. S. et Pardini, D. (2014). Factor Structure and Construct Validity of the Self-Report Psychopathy (SRP) Scale and the Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) in Young Men. *Journal of Personality Disorders*, 28(3), 419-433. doi:10.1521/pedi_2012_26_063

- Oudshoorn, J. (2015). *Trauma-informed youth justice in Canada: a new framework toward a kinder future*. Toronto, Ontario : Canadian Scholars' Press.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M. et Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance 1. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201–220.
- Paton, J., Crouch, W. et Camic, P. (2009). Young Offenders' Experiences of Traumatic Life Events: A Qualitative Investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1), 43-62. doi:10.1177/1359104508100135
- Paulhus, D. ., Neumann, C. S. et Hare, R. D. (sous presse). *Manual for the Self -Report Psychopathy (SRP) Scale*. Toronto, ON : Multi-Health Systems.
- Pechorro, P., Gonçalves, R. A., Maroco, J., Gama, A. P., Neves, S. et Nunes, C. (2014). Juvenile Delinquency and Psychopathic Traits: An Empirical Study With Portuguese Adolescents. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 58(2), 174-189. doi:10.1177/0306624X12465584
- Pechorro, P., Maroco, J., Gonçalves, R. A., Nunes, C. et Jesus, S. N. (2014). Psychopathic traits and age of crime onset in male juvenile delinquents. *European Journal of Criminology*, 11(3), 288-302. doi:10.1177/1477370813495759
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castelao, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P. et Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 447-457. doi:10.1007/s00127-013-0762-3
- Piquero, A. R., Farrington, D. P. et Blumstein, A. (2003). The Criminal Career Paradigm. *Crime and Justice*, 30, 359-506.
- Porter, S. (1996). Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior*, 1(2), 179-189. doi:10.1016/1359-1789(95)00010-0
- Price, S. D., Salekin, R. T., Klinger, M. R. et Barker, E. D. (2013). Psychopathy and depression as predictors of psychosocial difficulties in a sample of court evaluated adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(3), 261-269. doi:10.1037/per0000011

- Ruchkin, V. V., Schwab-Stone, M., Koposov, R., Vermeiren, R. et Steiner, H. (2002). Violence Exposure, Posttraumatic Stress, and Personality in Juvenile Delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 322-329. doi:10.1097/00004583-200203000-00012
- Salekin, R. T. (2017). Research Review: What do we know about psychopathic traits in children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1180-1200. doi:10.1111/jcpp.12738
- Sellbom, M., Donnelly, K. M., Rock, R. C., Phillips, T. R. et Ben-Porath, Y. S. (2017). Examining gender as moderating the association between psychopathy and substance abuse. *Psychology, Crime & Law*, 23(4), 376-390. doi:10.1080/1068316X.2016.1258466
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. et Krischer, M. K. (2011). Epidemiological data on personality dimensions in the psychopathy of adolescent boys and girls - results of the Cologne GAP study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 9-21. doi:10.1024/1422-4917/a000079
- Sevecke, K., Franke, S., Kosson, D. et Krischer, M. (2016). Emotional dysregulation and trauma predicting psychopathy dimensions in female and male juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, 43. doi:10.1186/s13034-016-0130-7
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. et Krischer, M. K. (2009). Examining relations between psychopathology and psychopathy dimensions among adolescent female and male offenders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(2), 85-95. doi:10.1007/s00787-008-0707-7
- Sharf, A., Kimonis, E. R. et Howard, A. (2014). Negative Life Events and Posttraumatic Stress Disorder among Incarcerated Boys with Callous-Unemotional Traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 401-414. doi:10.1007/s10862-013-9404-z
- Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M. et Louden, J. E. (2007). « Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. » Correction to Skeem et al. (2007). *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 853-853. doi:10.1037/0021-843X.116.4.853

- Skeem, J. L. et Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433-445. doi:10.1037/a0008512
- Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O. et Cale, E. M. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 8(5), 513-546. doi:10.1016/S1359-1789(02)00098-8
- Ståhlberg, O., Anckarsäter, H. et Nilsson, T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 893-903. doi:10.1007/s00787-010-0137-1
- Stimmel, M. A., Cruise, K. R., Ford, J. D. et Weiss, R. A. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder symptomatology, and aggression in male juvenile offenders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 184-191. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0032509
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R. et Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: a review of the literature. *Journal of correctional health care*, 21(3), 222-242.
- Tatar, J. R., Cauffman, E., Kimonis, E. R. et Skeem, J. L. (2012). Victimization History and Posttraumatic Stress: An Analysis of Psychopathy Variants in Male Juvenile Offenders. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(2), 102-113. doi:10.1080/19361521.2012.671794
- Taylor, J. et Lang, A. R. (2006). Psychopathy and Substance use disorders. Dans C.J Patrick (dir.), *Handbook of Psychopathy* (p. 495-511). New York, NY : The Guilford Press.
- Toupin, J., Pauzé, R. et Lanctôt, N. (2009). Caractéristiques des jeunes contrevenants qui reçoivent des services dans les Centres jeunesse du Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 123-145. doi:10.7202/039129ar
- Vahl, P., Colins, O. F., Lodewijks, H. P. B., Lindauer, R., Markus, M. T., Doreleijers, T. A. H. et Vermeiren, R. R. (2016). Psychopathic traits and maltreatment: Relations with aggression and mental health problems in detained boys. *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 129-136. doi:10.1016/j.ijlp.2016.02.006

- Vaughn, M. G., Edens, J. F., Howard, M. O. et Smith, S. T. (2009). An Investigation of Primary and Secondary Psychopathy in a Statewide Sample of Incarcerated Youth. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 7(3), 172-188. doi:10.1177/1541204009333792
- Veen, V. C., Andershed, H., Stevens, G. W. J. M., Doreleijers, T. A. H. et Vollebergh, W. A. M. (2011). Psychopathic Subtypes and Associations with Mental Health Problems in an Incarcerated Sample of Adolescent Boys. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 295-304. doi:10.1080/14999013.2011.629714
- Wanklyn, S. G., Day, D. M., Hart, T. A. et Girard, T. A. (2012). Cumulative Childhood Maltreatment and Depression Among Incarcerated Youth: Impulsivity and Hopelessness as Potential Intervening Variables. *Child Maltreatment*, 17(4), 306-317. doi:10.1177/1077559512466956
- Wareham, J., Dembo, R., Poythress, N. G., Childs, K. et Schmeidler, J. (2009). A latent class factor approach to identifying subtypes of juvenile diversion youths based on psychopathic features. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(1), 71-95. doi:10.1002/bsl.844
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S., Keating, J. M. et Jones, S. A. (2010a). Psychiatric Disorder, Comorbidity, and Suicidal Behavior in Juvenile Justice Youth. *Criminal Justice and Behavior*, 37(12), 1361-1376.
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S., Keating, J. M. et Jones, S. A. (2010b). Psychiatric Disorder, Comorbidity, and Suicidal Behavior in Juvenile Justice Youth. *Criminal Justice and Behavior*, 37(12), 1361-1376. doi:10.1177/0093854810382751
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the *annual convention of the international society for traumatic stress studies*, San Antonio, TX.
- Welfare, H. R. et Hollin, C. R. (2015). Childhood and offense-related trauma in young people imprisoned in England and Wales for murder and other acts of serious violence: a descriptive study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(8), 955-969.
- Willemsen, J., De Ganck, J. et Verhaeghe, P. (2012). Psychopathy, Traumatic Exposure, and Lifetime Posttraumatic Stress. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(4), 505-524. doi:10.1177/0306624X11407443

- Wilson, H. W., Berent, E., Donenberg, G. R., Emerson, E. M., Rodriguez, E. M. et Sandesara, A. (2013). Trauma History and PTSD Symptoms in Juvenile Offenders on Probation. *Victims & Offenders*, 8(4), 465-477. doi:10.1080/15564886.2013.835296
- Yildirim, B. O. et Derksen, J. J. L. (2015). Clarifying the heterogeneity in psychopathic samples: Towards a new continuum of primary and secondary psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 9-41. doi:10.1016/j.avb.2015.05.001

Annexe 1. Questionnaire sur la victimisation en contexte de délinquance

Ce questionnaire concerne les risques et les situations stressantes ou traumatisantes que tu as déjà pu vivre. Lis les énoncés et réponds selon ce qui te ressemble le plus s'il te plait.

1. Dans toute ma vie, j'ai déjà vu quelqu'un être poignardé.				
<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> Une seule fois	<input type="radio"/> Deux ou trois fois	<input type="radio"/> Plus de trois fois	
Si oui, connaissais-tu cette personne ?	<input type="radio"/> Oui, c'était un ami proche	<input type="radio"/> Oui, c'était une connaissance	<input type="radio"/> Non	
Si oui, connaissais-tu cette personne ?	<input type="radio"/> Oui, c'était un ami proche	<input type="radio"/> Oui, c'était une connaissance	<input type="radio"/> Non	
Si oui, connaissais-tu cette personne ?	<input type="radio"/> Oui, c'était un ami proche	<input type="radio"/> Oui, c'était une connaissance	<input type="radio"/> Non	
2. Dans toute ma vie, j'ai déjà vu quelqu'un mourir.				
<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> Une seule fois	<input type="radio"/> Deux ou trois fois	<input type="radio"/> Plus de trois fois	
Si oui, connaissais-tu cette personne ?	<input type="radio"/> Oui, c'était un ami proche	<input type="radio"/> Oui, c'était une connaissance	<input type="radio"/> Non	
Si oui, connaissais-tu cette personne ?	<input type="radio"/> Oui, c'était un ami proche	<input type="radio"/> Oui, c'était une connaissance	<input type="radio"/> Non	
Si oui, connaissais-tu cette personne ?	<input type="radio"/> Oui, c'était un ami proche	<input type="radio"/> Oui, c'était une connaissance	<input type="radio"/> Non	
3. Dans toute ma vie, j'ai déjà été poignardé.				
<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> Une seule fois	<input type="radio"/> Deux ou trois fois	<input type="radio"/> Plus de trois fois	
Si oui, date : _____				
Si oui, connaissais-tu ton agresseur ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Si oui, as-tu craint pour ta vie ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Si oui, es-tu allé à l'hôpital ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		

Si oui, date : _____

Si oui, connaissais-tu ton agresseur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, as-tu craint pour ta vie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, es-tu allé à l'hôpital ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date : _____

Si oui, connaissais-tu ton agresseur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, as-tu craint pour ta vie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, es-tu allé à l'hôpital ? ☐ Oui ☐ Non

4. Dans toute ma vie, je me suis déjà blessé en commettant un délit.

☐ Non ☐ Oui

Si oui, description : _____